

### Agranulocitosis severa inducida por clozapina: tratamiento exitoso con G-CSF y reintroducción posterior de clozapina con estrategia de potenciación D2 (amisulpride)

Sergio Ruiz-Doblado<sup>1</sup>  
Beatriz Plasencia-García de Diego<sup>1</sup>  
Rocio Perea-Pérez<sup>1</sup>  
Francisco Jiménez-Gonzalo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla). España  
<sup>2</sup>Servicio de Hematología, Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla). España

Correspondencia:  
Sergio Ruiz-Doblado  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced  
Avda. Constitución, 2  
41640 Osuna (España)  
Correo electrónico: s.ruizdoblado@gmail.com

Estimado Editor,

Como es de todos conocido, clozapina, el antipsicótico de elección en esquizofrenia resistente, presenta una incidencia de agranulocitosis ligeramente inferior al 1%<sup>1-4</sup>, aunque las diferencias epidemiológicas entre poblaciones son marcadas. Así, en países escandinavos se han descrito, asociadas a determinados genotipos HLA, incidencias más elevadas que en los países del sur de Europa, entre ellos el nuestro<sup>5</sup>. Así, en un seguimiento durante 5 años de una cohorte de 271 pacientes tratados con clozapina en nuestro país, sólo se constató un 1,3% de leucopenia benigna, sin ningún caso descrito de agranulocitosis<sup>5</sup>.

Presentamos un caso de un varón de 46 años diagnosticado de esquizofrenia resistente de curso continuo, en tratamiento con 600 mg/día de clozapina y benzodiazepinas durante las últimas dos décadas, con un control clínico razonablemente satisfactorio y sin necesidad de hospitalización durante este período, que a raíz de un ligero incremento de dosis por reagudización sintomática comienza a presentar un descenso lento pero progresivo del conteo de células blancas, desarrollando inicialmente una leucopenia y granulocitopenia no sintomáticas (valores de leucocitos 2.500-3.500/mm<sup>3</sup> y de PMN neutrófilos 500-1.000/mm<sup>3</sup>). Se decide mantener el tratamiento con clozapina valorando beneficio-riesgo y extremando las medidas de vigilancia hematológica, con el despistaje exhaustivo por parte de Hematología de otras etiologías no farmacológicas de leucopenia, incluyendo biopsia de médula ósea. Al cabo de 6 meses el paciente desarrolla una agranulocitosis severa sintomática, con 1.400 leucocitos y 20 PMN neutrófilos, fiebre de 39° y afectación del estado general, por lo que se procede a su hospitalización inmediata en Medicina Interna con el diagnóstico de neutropenia febril. Se procede a seguimiento conjunto durante el ingreso entre Medicina Interna, Hematología y Psiquiatría, retirándose clozapina e iniciando medidas de aislamiento y

tratamiento antibiótico con ciprofloxacino + amoxicilina (foco de la fiebre: herida inguinal superficial en cuyo exudado se aislaron *Enterococcus Faecalis*, *Pseudomonas Aeruginosa* y *Estafilococo coagulasa-negativo*). El tratamiento antibiótico resuelve satisfactoriamente en 2 semanas el cuadro infeccioso, pautándose por parte de Psiquiatría durante el ingreso tratamiento con amisulpride 800 mg/día. El hematólogo inicia tratamiento con G-CSF (*Granulocyte Colony-Stimulating Factor*) vía parenteral con una frecuencia inicial de 150 mcg diarios. Tras el alta hospitalaria del paciente se mantiene esta pauta terapéutica (800 mg/día de amisulpride + G-CSF a las dosis descritas) con revisiones frecuentes por parte de ambos servicios. A su alta el paciente presenta una recuperación parcial de la función medular, con un conteo de 2.390 leucocitos/mm<sup>3</sup> y 460 PMN neutrófilos/mm<sup>3</sup>.

Tras dos meses del alta hospitalaria y constatándose la recuperación medular completa (4.500 leucocitos/mm<sup>3</sup> y 2.450 PMN neutrófilos/mm<sup>3</sup>), en la revisión psiquiátrica se observa reagudización de la sintomatología esquizofrénica: reaparición de vivencias de influencia sobre la corporalidad, sentimientos y acción voluntaria, mayor frecuencia y repercusión afectivo-comportamental de pseudoalucinaciones auditivas, mayor presión de su sistema delirante de curso crónico de temática sexual y místico-religiosa, fenómenos de transivismo y pérdida de los límites yoicos, angustia psicótica importante e insomnio. Se decide entonces estrategia de potenciación clozapina-D2, reintroduciendo clozapina y titulando lentamente hasta 200 mg/día, manteniendo los 800 mg/día de amisulpride. Esta combinación ha sido refrendada por diversos estudios<sup>6,7</sup>. A las 6 semanas se controla la sintomatología psicótica, manteniéndose únicamente los temas delirantes crónicos y los trastornos senso-perceptivos, ambos con mucha menor presión. Remiten asimismo el transivismo, los fenómenos de influencia y el insomnio, retornando el paciente a su nivel de funcionamiento premórbido. Tras 12 meses adicionales de seguimiento, el paciente se mantiene psicopatológicamente estable y con una función medular y conteo de leucocitos y neutrófilos en rango normal, realizando tratamiento de mantenimiento antipsicótico con 200 mg/d de clozapina + 800 mg/d de amisulpride, y manteniéndose el tratamiento hematológico con 150 mcg semanales de G-CSF.

#### Discusión

La agranulocitosis severa inducida por clozapina es extremadamente infrecuente en nuestro medio. Los escasos casos descritos suelen aparecer en las primeras 8 semanas de tratamiento, siendo muy rara su aparición con un incremento ligero de dosis de clozapina (100 mg adicionales) tras dos décadas de tratamiento, como ocurre en nuestro paciente. En una cohorte finlandesa en seguimiento durante 25 años<sup>8</sup> en la que se describieron 163 casos de agranulocitosis, me-

nos del 5% de los casos aparecieron después del 2º año de tratamiento (agranulocitosis tardía), y sólo un caso desarrolló agranulocitosis después de los 20 años de tratamiento. La aparición de este efecto indeseable se ha relacionado repetidamente con una susceptibilidad genética que implica determinados subtipos HLA<sup>3,9-12</sup>. De este modo, un reciente estudio farmacogenómico en población japonesa ha relacionado 50 casos de agranulocitosis inducida por clozapina con el HLA-B\*59<sup>10</sup>. Otro estudio similar norteamericano describe asociación con cambios simples de aminoácidos en los HLA-DQB1 (126Q) y HLA-B (158T)<sup>3</sup>, estudiando adicionalmente el coste-efectividad del genotipado HLA (aproximadamente 700 dólares USA), y concluyendo que el coste-efectividad del genotipado sistemático es cuestionable. Otro trabajo similar<sup>11</sup> describe idénticos subtipos HLA de riesgo, indicando que el tratamiento y manejo clínico de la agranulocitosis debe ser individualizado. Por último, Athanasiou et al<sup>12</sup> encuentran también un polimorfismo simple de un nucleótido en el HLA-DQB1 (concretamente 6.672G>C), con un riesgo 16.9 veces superior para desarrollar agranulocitosis por clozapina.

En cuanto al manejo clínico de este grave efecto secundario, cada vez más trabajos refrendan la eficacia del G-CSF (Granulocyte Colony-Stimulating Factor) en el tratamiento<sup>13-17</sup> e incluso como tratamiento preventivo en pacientes compensados con clozapina y contajes bajos de células blancas<sup>13,14,18</sup>. En estos últimos (neutropenia benigna asintomática), la asociación de litio puede ser también una alternativa<sup>19,20</sup>, al inducirse habitualmente un incremento de la serie blanca con el litio.

La reintroducción posterior de clozapina es una cuestión controvertida, sobre la que no hay acuerdo, existiendo escasísimos casos de reintroducción en la literatura. El manejo terapéutico debe individualizarse, valorando beneficio-riesgo y con seguimiento conjunto con Hematología. Caso de optar por la reintroducción como en nuestro paciente (muy buena respuesta previa), la retitulación muy lenta de clozapina con tratamiento de mantenimiento con G-CSF y controles hemáticos estrechos puede ser exitosa, así como el uso de estrategias de potenciación D2 (amisulpride) con una base neuroquímica razonable<sup>4,6,7</sup>, que permiten reducir la dosis de clozapina. Hematología recomendó mantener tratamiento con G-CSF a dosis decrecientes durante 18 meses en nuestro paciente hasta su retirada total, aunque la recuperación medular completa tuvo lugar en la 8ª semana. Este período es más largo que el señalado por la revisión sistemática de Lally et al (7 días de media hasta la recuperación de la función medular).

Finalmente, y a modo de conclusión, señalar que el manejo de clozapina no puede ser postergado por reacciones adversas infrecuentes como la del caso descrito, ya que el beneficio terapéutico suele ser muy superior a los riesgos. En

esta línea, nuestro grupo<sup>21</sup> ha utilizado exitosamente clozapina en pacientes esquizofrénicos resistentes con leucopenias severas por VIH (contaje total de 601 leucocitos/mm<sup>3</sup>), en la línea de lo comunicado por otros autores<sup>15</sup>.

### RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento expreso del paciente y familiares para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, en las líneas marcadas por la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

### CONFLICTO DE INTERESES

El presente artículo ha sido elaborado por los autores sin conflictos de intereses éticos, económicos o de otra índole. Todos los autores han participado en su elaboración y pueden hacerse públicamente responsables de su contenido. S. Ruiz-Doblado ha actuado como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Otsuka Pharmaceuticals, Pfizer, Almirall, Servier, Sanofi y Lundbeck, ha percibido derechos de autor de Elsevier, ha actuado como consultor para Health-Care Advisory Board (Canadá) y Leadphysician (UK) y como referee para la Rev Esp Salud Pub, C Med Psicosom, Psicología y Psiquiatría, BioMed Central, JEADV, Clin Drug Invest e Israel Science Foundation. B. Plasencia-García de Diego ha actuado como speaker para Janssen-Cilag, Lundbeck, Sanofi, Pfizer y Servier. R. Perea-Pérez ha actuado como speaker para Lundbeck. F. Jiménez-Gonzalo no declara conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFIA

1. de With SAJ, Pulit SL, Staal WG, Kahn RS, Ophoff RA. More than 25 years of genetic studies of clozapine-induced agranulocytosis. *Pharmacogenomics J.* 2017;17(4):304-11.
2. Huber M, Andersohn F, Bronder E, Klimpel A, Thomae M, Konzen C, et al. Drug-induced agranulocytosis in the Berlin case-control surveillance study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(3):339-45.
3. Girardin FR, Poncet A, Perrier A, Vernaz N, Pletscher M, Samer C, et al. Cost-effectiveness of HLA-DQB1/HLA-B pharmacogenetic-guided treatment and blood monitoring in US patients taking clozapine. *Pharmacogenomics J.* 2019 Apr;19(2):211-18.
4. Ruiz-Doblado S, Baena-Baldero A, Espárrago-Llorca G. Estrategias farmacológicas de potenciación en esquizofrenia refractaria a clozapina: más allá de la resistencia. *Psiquiatr Biol.* 2010;17(3):96-101.
5. Pons A, Undurraga J, Batalla A, Bernardo M. Clozapine and agranulocytosis in Spain: do we have a safer population? A 5-year hematologic follow-up. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012; 5(1):37-42.
6. Munro J, Mattiasson P, Osborne S, Travis M, Purcell S, Cobb A, et al. Amisulpride augmentation of clozapine: An open non-randomized study in patients with schizophrenia partially responsive to clozapine. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:292-8.
7. Pani L, Villagrán JM, Kontaxakis VP, Alptekin K. Practical issues with amisulpride in the management of patients with schizophrenia. *Clin Drug Invest.* 2008;28:465-77.

8. Lahdelma L, Appelberg B. Clozapine-induced agranulocytosis in Finland, 1982-2007: long-term monitoring of patients is still warranted. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(6):837-42.
9. Wicinski M, Weclawicz MM. Clozapine-induced agranulocytosis/granulocytopenia: mechanisms and monitoring. *Curr Opin Hematol*. 2018;25(1):22-8.
10. Saito T, Ikeda M, Mushiroda T, Ozeki T, Kondo K, Shimasaki A, et al. Pharmacogenomic Study of Clozapine-Induced Agranulocytosis/Granulocytopenia in a Japanese Population. *Biol Psychiatry*. 2016;80(8):636-42.
11. Goldstein JI, Jarskog LF, Hilliard C, Alfirevic A, Duncan L, Fourches D, et al. Clozapine-induced agranulocytosis is associated with rare HLA-DQB1 and HLA-B alleles. *Nat Commun*. 2014;5:4757.
12. Athanasiou MC, Dettling M, Cascorbi I, Mosyagin I, Salisbury BA, Pierz KA, et al. Candidate gene analysis identifies a polymorphism in HLA-DQB1 associated with clozapine-induced agranulocytosis. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(4):458-63.
13. Lally J, Malik S, Krivoy A, Whiskey E, Taylor DM, Gaughran FP, et al. The use of Granulocyte Colony-Stimulating Factor in Clozapine Rechallenge: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2017;37(5):600-4.
14. Lally J, Malik S, Whiskey E, Taylor DM, Gaughran FP, Krivoy A, et al. Clozapine-Associated Agranulocytosis Treatment with Granulocyte Colony-Stimulating Factor/Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2017;37(4):441-6.
15. Elmore H, Lewin J, Bradley M, Sinkman A. Use of Granulocyte Colony-Stimulating Factor in a neutropenic HIV-Infected patient on Clozapine. *Psychosomatics*. 2016;57(6):651-4.
16. Comacchio D, Dusi N, Lasalvia A. Successful Use of single doses of Granulocyte Colony-Stimulating Factor (G-CSF) in the treatment of late-onset agranulocytosis associated with clozapine in a patient with treatment-resistant schizophrenia: a case-report. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(2):173-4.
17. Spencer BW, Williams HR, Gee SH, Whiskey E, Rodrigues JP, Mijovic A, et al. Granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) can allow treatment with clozapine in a patient with severe benign ethnic neutropenia (BEN): a case-report. *J Psychopharmacol*. 2012;26(9):1280-2.
18. Freeman GM jr, Martin BA, Hu RJ. G-CSF Dosing to Prevent Recurrent Clozapine-Induced Agranulocytosis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(6):643.
19. Brunoni AR, Kobuti LR, Gallucci-Neto J, Elkis H, Velloso ED, Zanetti VM. Lithium as a treatment of clozapine-induced neutropenia: a case-report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(8):2006-7.
20. Suraweera C, Hanwella R, de Silva V. Use of lithium in clozapine-induced neutropenia: a case-report. *BMC Res Notes*. 2014;7:635.
21. Sanz-Cortés S, Fashho-Rodríguez E, Sánchez-Araña T, Ruiz-Doblado S, Marín-Martín J. A case-report of schizophrenia and HIV: HAART in association with clozapine. *J Psychiatr Intensive Care (Cambridge)*. 2009;5:47-9.

### Los fenómenos de posesión: a propósito de un caso

Clàudia Aymerich<sup>1</sup>  
Aranzazu Madrazo<sup>1</sup>  
Sonia Bustamante<sup>1</sup>  
Jorge Blanco<sup>1</sup>  
Diego Gómez-Guimaraes<sup>1</sup>  
Eva Sesma<sup>1</sup>  
Miguel Ángel González-Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Osakidetza, Bilbao

Correspondencia:  
Clàudia Aymerich Nicolàs  
Hospital de Basurto  
Montevideo Etorbidea 18  
48013, Bilbao (España)

Correo electrónico: claudia.aymerichnicolas@osakidetza.net

Estimado Editor,

La diversidad cultural y su impacto en salud mental es un tema cada vez más relevante en nuestra práctica diaria. Los clínicos cada vez tratamos de forma más habitual a pacientes de entornos cultural, social y lingüísticamente diferentes, con diversas expresiones del malestar. Las creencias y la cultura de nuestros pacientes afectan la percepción de la enfermedad mental, las estrategias de afrontamiento

y los patrones de búsqueda de tratamiento<sup>1,2</sup>. Una mejor comprensión de dichos fenómenos contribuye a reforzar la alianza terapéutica, formular diagnósticos más precisos y aumentar la adherencia al tratamiento<sup>3</sup>.

Las experiencias espirituales anómalas son frecuentes entre la población general, y la mayoría de ellas no están relacionadas con un trastorno psicótico<sup>4</sup>. El fenómeno de la 'Posesión' es considerado el síndrome psiquiátrico vinculado a la cultura más común<sup>5</sup>, aunque esta visión tampoco está exenta de polémica: ciertas investigaciones apuntan que se trata de un trastorno predominantemente disociativo, y no realmente vinculado a la cultura<sup>6</sup>. El término posesión denota que un individuo ha sido invadido por un espíritu ajeno u otra fuerza paranormal, que controla a la persona o al menos altera de forma significativa sus acciones e identidad en mayor o menor medida. Esto se manifiesta como una alteración del estado de consciencia. Se acepta que la posesión debe ser considerada patológica cuando se produzca de forma involuntaria y/o ocasione un malestar significativo en quien la padece o en su entorno.

En el DSM-IV (TR), la posesión y el trance eran clasificados en el Apéndice B – Criterios de investigación para el trastorno por trance disociativo<sup>7</sup>. Esta edición del manual, y en particular la clasificación de 'Síndromes vinculados a la

cultura' recibió numerosas críticas por su abordaje universalizador en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales. El DSM-5 ha introducido algunos cambios, enfatizando que los estados de posesión culturalmente adecuados deberán ser distinguidos del trastorno de identidad disociativa tipo posesión<sup>8</sup>. Sin embargo, esta visión binaria de la posesión sigue resultando excesivamente simplista para muchos autores<sup>9</sup>.

La elicitación ritual de estados alterados de la consciencia, particularmente aquellos asociados con la posesión, está presente en más de 450 sociedades del mundo<sup>10</sup>. En Occidente son comunes en los cultos Evangélicos Pentecostales, Carismático Católicos, religiones Afro-Americanas, Espiritismo y Espiritualismo<sup>11</sup>.

En este artículo presentamos el caso de una paciente que presentó un fenómeno de posesión como entidad nosológica principal.

### Caso clínico

La paciente es una mujer de 41 años de edad, natural de Bolivia, soltera y madre de un hijo de 19 años. Fue trasladada al servicio de urgencias por una alteración de la conducta con auto y hétero agresividad, de inicio brusco y 12 horas de evolución. Refería haber sido poseída por el Espíritu Santo y anunciaba la llegada del apocalipsis, con gran angustia acompañante. No presentaba antecedentes somáticos o psiquiátricos relevantes, ni consumo reportado de tóxicos.

La paciente nació en una región rural de Bolivia. Relató una infancia sin traumas significativos, quedando embarazada de su primer y único hijo a los 22 años, con cuyo padre no mantiene relación. A los 27 años se trasladó a España por motivos laborales. En el momento de la migración, la paciente no contaba con familiares o amigos en España. Aquí había trabajado de dependienta, con buen rendimiento laboral, y se había reunido con su hijo hacía 4 años, tras trasladarse éste a vivir con ella en España. Pertenecía al culto cristiano evangélico, definiéndose a sí misma como una mujer muy religiosa y espiritual, con una gran participación en la comunidad evangélica de su ciudad actual. La práctica totalidad de su círculo social en España estaba compuesto por otras personas pertenecientes a su culto.

En relación al episodio actual, el hijo de la paciente relataba que la paciente había despertado de forma brusca actitud temerosa, refiriendo haber sido poseída y anunciando la llegada inminente del fin del mundo. Presentaba llanto y risas inmotivadas y conductas de auto y héteroagresividad, golpeándose a sí misma y a objetos del entorno. El hijo de la paciente le llevó hasta la iglesia en la que rendían culto "para ayudarlo en el hechizo de posesión". Allí, el pastor evangélico rezó junto a varios feligreses por la mejoría de la

paciente. A las 8 horas, ante la ausencia de mejoría, decidieron trasladarle al servicio de urgencias.

A la exploración inicial, la paciente se mostraba consciente, parcialmente conectada con el medio, escasamente colaboradora. Obedecía a órdenes simples de forma fluctuante, entremezclándose un discurso parco en palabras con risas y llantos inmotivados y verbalizaciones constantes de índole religiosa, con importante agitación psicomotriz. De nuevo, refería haber sido poseída por el Espíritu Santo. Las pruebas complementarias, incluyendo los tóxicos en orina, fueron completamente normales. Se decidió el ingreso hospitalario.

En la planta, la paciente se mantuvo acompañada por su hijo y una amiga y compañera de culto, quienes pasaron las siguientes horas rezando por su bienestar. La paciente presentó una rápida mejoría, siendo posible la retirada de la contención mecánica a las pocas horas, y manteniéndose conductualmente adecuada únicamente con tratamiento ansiolítico. Dos días más tarde realizaba crítica completa del episodio, refiriendo amnesia parcial del mismo e identificando espontáneamente como posible detonante una ruptura de pareja. En el momento del alta refería sentirse "aliviada" tras el episodio de posesión, con mejoría de la clínica subdepresiva que según relataba había presentado tras la ruptura sentimental.

La paciente fue diagnosticada de un Trastorno disociativo no especificado [DSM-5 300.15]. Se consideró como principal diagnóstico diferencial un trastorno psicótico, posteriormente descartado ante la ausencia de ideación delirante estructurada, el curso del episodio, y su resolución completa sin tratamiento neuroléptico. Su hijo relató haber presenciado cuadros de posesión similares a los de la paciente entre otros miembros del culto, relacionándolos con situaciones de estrés.

La evolución de la paciente ha sido buena, sin precisar de tratamiento psicofarmacológico tras el alta y habiendo reanudado su vida de forma habitual.

### Discusión

En algunas comunidades es común atribuir sucesos o experiencias no habituales (como un estado de ansiedad o depresión) a un estado de posesión. Las creencias acerca de los fenómenos de posesión son frecuentes y no deberían ser contemplados automáticamente como parte de un trastorno psicótico. Esto implica la necesidad de obrar con prudencia a la hora de instaurar tratamiento neuroléptico, particularmente a medio y largo plazo.

Por otro lado, es importante aseverar el nivel basal de espiritualidad del paciente y su comunidad, recogiendo

una historia espiritual<sup>12</sup>. Existen a día de hoy instrumentos validados con este fin, de entre los cuales destaca el cuestionario FICA (*Faith, Importance, Community and Address*), que conlleva únicamente 5 minutos y aborda cuatro dominios relevantes acerca de la relación entre espiritualidad y salud<sup>13,14</sup>.

El abordaje de estos síntomas debería ser adecuado a la cultura del paciente en la medida de lo posible. En muchos casos, las curas rituales, solas o en combinación con el tratamiento convencional, son efectivas. La bibliografía actual apoya un abordaje integrado en la cultura y una mayor educación entre el personal acerca de temas culturales<sup>1,3</sup>.

En conclusión, los estados de posesión son una entidad descrita en la mayor parte de culturas y sociedades del mundo; la mayoría de ellos no se encuentran en relación con un trastorno psicótico. Ante un estado de posesión, los clínicos deberían considerar todos los factores biopsicosociales, culturales y espirituales del individuo. Una mejor comprensión de las diferencias culturales es crucial en salud mental, por su relevancia sobre la percepción y significación de los síntomas, la elaboración de diagnósticos precisos y la prescripción de tratamientos adecuados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gopalkrishnan N, Babacan H. Cultural diversity and mental health. *Australas Psychiatry*. 2015;23(6):6-8.
2. Nakkas C, Annen H, Brand S. Somatization and Coping in Ethnic Minority Recruits. *Mil Med*; 2019.
3. De las Cuevas C, Motuca M, Baptista T, Villasante-Tezanos AG, de León J. Ethnopsychopharmacology study of patients' beliefs regarding concerns about and necessity of taking psychiatric medications. *Hum Psychopharmacol*. 2019;34(2):e2688.
4. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Braz J Psychiatry*. 2011;33(1):21-36.
5. Littlewood R. Possession states. *Psychiatry*. 2004;3:8-10.
6. Ross CA. Possession Experiences in Dissociative Identity Disorder: A Preliminary Study. *J Trauma Dissociation*. 2011; 12(4):393-400.
7. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2000.
8. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
9. Padmanabhan D. From distress to disease: a critique of the medicalization of possession in DSM-5. *Anthropol Med*. 2017; 24(3):261-75.
10. Bourguignon E. *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*. Columbus, OH: Ohio State University Press; 1973.
11. Harding RE. Afro-Brazilian religions. *Encyclopedia of religion*. 2<sup>nd</sup> ed. Farmington Hills, MI: Thomson Gale; 2005. p. 119-125.
12. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(2):176-82.
13. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*. 2000;3(1):129-37.
14. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti AL. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*. 2013;9(3):159-70.

### Pica: ¿trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, depresión recurrente o trastorno de la conducta alimentaria?

Amparo Tatay-Manteiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental Pere Bonfill, Servicio de Psiquiatría.  
Hospital General Universitario de Valencia

Correspondencia:  
Amparo Tatay-Manteiga  
Centro de Salud Mental Pere Bonfill, Servicio de Psiquiatría  
Hospital General Universitario de Valencia  
c/ Pere Bonfill 10  
46008 Valencia (España)  
Tel.: 961923200  
Correo electrónico: amparo.tatay@hotmail.com

Estimado Editor,

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association 2012)<sup>1</sup>,

la pica es un trastorno caracterizado por la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias de más de un mes de duración y no asociado a una aversión a la comida. Para el diagnóstico se requiere además que la ingestión sea inadecuada al nivel de desarrollo del individuo y que no forme parte de una práctica cultural o social<sup>2</sup>. Si la pica ocurre en el contexto de otro trastorno mental, se debería hacer un diagnóstico aparte de pica cuando la alteración de conducta sea lo suficientemente grave como para necesitar atención clínica específica.

Este trastorno se asocia con frecuencia a una discapacidad intelectual, sin embargo, ha sido descrito en individuos de todas las edades y en ambos sexos, en particular, en niños y en mujeres embarazadas<sup>3</sup>. En algunas culturas la pica se considera como un comportamiento normal e incluso terapéutico, no ajustándose a la definición de trastorno del DSM-5<sup>4</sup>.

Es una patología más común en la infancia, sobre todo en niños con déficit nutritivos<sup>5</sup>, estrés psicosocial, privación materna y problemas familiares complejos<sup>6</sup>. En adultos, la pica se asocia a embarazo<sup>7</sup>, discapacidad intelectual, trastornos psicóticos<sup>8</sup> e incluso depresión recurrente y depresión enmascarada<sup>9</sup>. Sin embargo, su prevalencia exacta en adultos es desconocida y no existe literatura sobre la pica como única entidad.

Así, un estudio más profundo para poder clasificar este trastorno de manera correcta podría contribuir en un mayor conocimiento y por tanto mejor abordaje del mismo.

### Presentación del caso

Presentamos el caso de una mujer de 43 años que es remitida desde atención primaria para valoración por salud mental por presentar ingesta de trozos de yeso de la pared de largo tiempo de evolución. Se trata de una mujer originaria de un país de Latinoamérica que lleva viviendo en España desde hace más de 10 años.

Como antecedentes personales destaca que fue abandonada por sus padres al poco de nacer, siendo criada por su abuela materna. A los 6 años pasa a vivir en un internado y comienza a ingerir a diario trozos de yeso de la pared.

Se desconocen los antecedentes psiquiátricos familiares. Como antecedentes médicos padece una anemia ferropénica que se encuentra en tratamiento con hierro en el momento de la visita al centro de salud mental. Desde los 18 años presenta una tendencia a la anemia ferropénica, remitiendo cuando es tratada con hierro. No ha sido vista anteriormente en salud mental.

En la primera visita la paciente refiere que comenzó a ingerir yeso de la pared en la infancia y desde entonces ha mantenido ese hábito. Inicialmente lo realizaba como imitación de otras niñas del internado en el que residía, ya que dice que pasaban mucho tiempo solas sin la supervisión de un adulto. Posteriormente mantuvo esta conducta porque le producía placer y un alivio de la ansiedad o de los sentimientos de soledad que padecía. Posteriormente, y ya tras haber emigrado, mantuvo este comportamiento como un hábito diario, por costumbre y como ansiolítico. En los últimos años refiere que consume de forma más compulsiva, sin poder evitar hacerlo, lo que le genera sentimientos de vergüenza y sensación de falta de control. De hecho, esconde este hábito a su pareja con la que convive. En épocas en las que padece anemia, refiere que empeora la ingesta de yeso. Asociado a ello, presenta una distorsión de la imagen corporal, de forma que restringe su alimentación prácticamente desde la juventud además de realizar deporte intenso a diario.

En la exploración del estado mental se encontraba consciente y orientada globalmente, tranquila y abordable, su discurso era fluido y sin alteraciones formales, ánimo hipotímico, sin presentar una clínica depresiva mayor ni psicótica asociada. Refería sufrir momentos de ansiedad que fluctuaban a lo largo del día según los estresores vitales del entorno, así como rumiaciones y compulsiones de ingesta de yeso como medida ansiolítica. Presenta rasgos obsesivos de la personalidad, como perfeccionismo, autoexigencia elevada o dificultad para hablar de sus sentimientos, pero no se considera que cumpla criterios de trastorno de la personalidad ya que no se trata de patrones rígidos de comportamiento, tiene conciencia de estos rasgos y no le generan repercusión en los diferentes ámbitos de su vida personal y laboral.

En las exploraciones complementarias que se le realizaron (hemograma, bioquímica completa incluyendo niveles de hierro y zinc, serologías, sedimento urinario y tóxicos en orina) destacó una anemia ferropénica, sin otros hallazgos de interés.

Se inició tratamiento de la anemia con hierro y se le administró fluoxetina a dosis crecientes hasta 60 mg al día. Igualmente, se inició seguimiento por psicología. Con el tratamiento con hierro, el antidepressivo serotoninérgico y la terapia cognitivo conductual mediante reestructuración cognitiva, psicoeducación, exposición y prevención de respuesta y relajación, se asistió a una mejoría progresiva. La paciente en la actualidad sigue ingiriendo yeso de la pared, aunque con mucha menor frecuencia y sólo en momentos puntuales de estrés. Ha mejorado su estado de ánimo, es conocedora de los riesgos de este hábito y actúa en consecuencia. Además, lleva una dieta equilibrada y realiza ejercicio, aunque en menor intensidad y frecuencia.

### Discusión

La pica ha sido descrita desde hace siglos<sup>10-12</sup>, siendo uno de los primeros casos documentados en el siglo VI en una paciente embarazada<sup>10</sup>. Desde entonces, se han descrito muchos casos de individuos que ingieren sustancias no alimentarias como tierra, yeso o escayola, tiza, cubos de hielo, pelo, colillas, papel, tela, etc<sup>10-13</sup>.

Se desconoce la etiología de la pica, habiéndose descrito como causas una compleja interacción entre factores psicológicos y comportamentales<sup>14</sup>, déficit de hierro<sup>4,15,16</sup> y déficit de calcio<sup>3</sup>.

Además de la variedad de sustancias que pueden ser ingeridas, la pica puede ir asociada a un comportamiento muy heterogéneo, como un comportamiento compulsivo, una autoestimulación oral o un arousal emocional. Muchos individuos con pica demuestran un comportamiento com-

pulsivo que describen como un deseo de ingerir la sustancia por su sabor o consistencia<sup>17</sup>.

El DSM 5 hizo cambios significativos en la ubicación de la pica ya que previamente estaba incluida en los "trastornos de inicio en la infancia o adolescencia"<sup>18</sup> y ahora se encuentra dentro de los "trastornos de la conducta alimentaria"<sup>1</sup>. Este cambio enfatiza el hecho de que el trastorno puede aparecer a todas las edades, incluida la edad adulta.

La literatura sugiere que la prevalencia de la pica varía ampliamente en diversos contextos sociales y clínicos y parece ser mayor entre algunas poblaciones seleccionadas que incluyen mujeres embarazadas, niños<sup>19,20</sup>, adultos con deficiencia de hierro<sup>21</sup> y personas institucionalizadas<sup>22</sup>. Sin embargo, la prevalencia del trastorno de pica es en gran parte desconocida, ya que los estudios publicados generalmente omiten datos clave esenciales para establecer el diagnóstico, como la persistencia del comportamiento, la duración y la relatividad a las normas sociales locales.

En nuestro caso, la privación emocional que sufrió la paciente desde las etapas más iniciales de su desarrollo probablemente contribuyera a la instauración del comportamiento anómalo. A este hecho se añadió la tendencia propia de la paciente a padecer anemia. La ingesta de sustancias no nutritivas junto a la restricción alimentaria que voluntariamente hacía la paciente además podría empeorar esta tendencia a la anemia que, a su vez, agravaría la pica, retroalimentándose ambos trastornos anemia-pica.

Por otra parte, la paciente manifestaba un deseo irrefrenable o compulsión por la ingesta de yeso, sobre todo en momentos de mayor angustia, lo que le generaba vergüenza y vivía de manera egodistónica, y que este comportamiento calmaba la ansiedad. En este sentido, podría incluirse dentro de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. De hecho, la mejoría alcanzada con elevadas dosis de un antidepresivo serotoninérgico nos haría asemejar el caso a la respuesta obtenida en pacientes con sintomatología del espectro obsesivo-compulsivo. En este sentido, sólo se encontró una serie de casos de este tipo en el que se describe la pica como un trastorno del control de impulsos/compulsión<sup>23</sup>. El estrés puede inducir una disfunción en el sistema de serotonina<sup>24</sup> y una alteración análoga se ha descrito en el trastorno del espectro obsesivo-compulsivo<sup>25</sup>. Posiblemente, una disfunción similar se desarrolló en esta paciente durante períodos de estrés y tomó la forma de impulso/obsesión más tarde. Así, el estrés puede inducir la pica en algunos adultos y tales comportamientos pueden tener características impulsivas/compulsivas. Por ello, el manejo adecuado del estrés puede ayudar a aliviar los síntomas de la pica.

Por todo lo expuesto anteriormente sería interesante realizar estudios en mayor profundidad tanto para esclare-

cer la prevalencia exacta de la pica en los diferentes medios y poblaciones, así como la mejor aproximación etiológica y taxonómica con el objetivo de poder ofrecer un tratamiento más efectivo.

### CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2012.
2. Edwards CH, Johnson AA, Knight EM, Oyemade UJ, Cole OJ, Westney OE, et al. Pica in an urban environment. *J Nutr*. 1994;124(6 Suppl):954S-962S.
3. Al-Kanhal M, Bani IA. Food habits during pregnancy among Saudi women. *Int J Vitam Nutr Res*. 1995;65:206-10.
4. Parry-Jones B. Pagophagia, or compulsive ice consumption: a historical perspective. *Psychol Med*. 1992;22:561-71.
5. Leung AKC, Hon KL. Pica: A common condition that is commonly missed - An update review. *Curr Pediatr Rev*. 2019;15(3):164-9.
6. Singhi S, Singhi P, Adwani GB. Role of psychosocial stress in the cause of pica. *Clin Pediatr*. 1981;20(12):783-5.
7. Epler KE, Pierce A, Rappaport VJ. Pica in Pregnancy: An Unusual Presentation. *Obstet Gynecol*. 2017;130(6):1377-9.
8. Matson JL, Shoemaker ME. Psychopathology and intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24(5):367-71.
9. Hata T, Mandai T, Ishida K, Ito S, Deguchi H, Hosoda M. A rapid recovery from pagophagia following treatment for iron deficiency anemia and TMJ disorder accompanied by masked depression. *Kawasaki Med J*. 2009;35:329-32.
10. Coltman CA. Pagophagia and iron lack. *JAMA*. 1969;207:513-6.
11. Kushner RF, Gleason B, Shanta-Retelny V. Reemergence of pica following gastric bypass surgery for obesity: a new presentation of an old problem. *J Am Diet Assoc*. 2004;104:1393-7.
12. Grotegut CA, Dandolu V, Katari S, Whiteman VE, Geifman-Holtzman O, Teitelman M. Baking soda pica: a case of hypokalemic metabolic alkalosis and rhabdomyolysis in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:484-6.
13. Grivetti LE. Culture, diet and nutrition: selected themes and topics. *Bio Science*. 2006;28:171-7.
14. Bhatia MS, Kaur N. Pagophagia - A Common but Rarely Reported Form of Pica. *J Clin Diagn Res*. 2014;8:195-6.
15. Barton JC, Barton JC, Bertoli LF. Pica associated with iron deficiency or depletion: clinical and laboratory correlates in 262 non-pregnant adult outpatients. *BMC Blood Disord*. 2010;22:10(9).
16. Osman YM, Wali YA, Osman OM. Craving for ice and iron-deficiency anemia: a case series from Oman. *Pediatr Hematol Oncol*. 2005;22:127-31.
17. Smulian JC, Motwala S, Sigman RK. Pica in a rural obstetric population. *South Med J*. 1995;88:1236-40.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
19. Khan NZ, Ferdous S, Islam R, Sultana A, Durkin M, McConachie HJ. Behaviour problems in young children in rural Bangladesh. *Trop Pediatr*. 2009;55(3):177-82.
20. Geissler PW, Shulman CE, Prince RJ, Mutemi W, Mnazi C, Friis H, et al. Trans R. Geophagy, iron status and anaemia among

- pregnant women on the coast of Kenya. *Soc Trop Med Hyg.* 1998;92(5):549-53.
21. Moore DF, Sears DA. Pica, iron deficiency, and the medical history. *Am J Med.* 2004;97:390-3.
  22. McAlpine C, Singh NN. Pica in institutionalized mentally retarded persons. *J Ment Defic Res.* 1996;30:171-8.
  23. Stein DJ, Bouwer C, van Heerden B. Pica and obsessive compulsive spectrum disorders. *S Afr Med J.* 1996;86 (Suppl 12):1586-8.
  24. Dismadale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Williams; 2000. pp.1835-46.
  25. Pato MT, Eisen JL, Phillips KA. Obsessive compulsive disorder. In: Tasman A, Kay J, Liberman JA, eds. *Psychiatry.* Bangalore: Panther Publishers Pvt Ltd.; 2004. pp. 1331-61.

### La Salud Mental postCOVID

Javier Quintero<sup>1,2</sup>

Fernando Mora<sup>1</sup>

Alberto Rodríguez-Quiroga<sup>1</sup>

Miguel Á. Álvarez de Mon<sup>1</sup>

María I. López-Ibor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología.  
Universidad Complutense de Madrid

Estimado Editor,

La pandemia del SARS-CoV2 (COVID-19) está siendo un reto para los sistemas sanitarios de todo el mundo. En pocos meses esta enfermedad ha aparecido en más de 200 países y ha obligado a hacer un esfuerzo de adaptación de los sistemas de salud como no se recuerda. Una parte importante del estrés generado sobre las organizaciones sanitarias está en relación con los picos u olas de necesidades de asistencia por pacientes infectados con el SARS-CoV2. Muchos países parece que están frenando una primera ola, aunque se prevén varias olas de necesidades de atención, con características diferenciales.

Desde el punto de vista descriptivo, son varias las clasificaciones de las necesidades asistenciales relacionadas con el COVID-19, con las que estudiar o analizar las consecuencias de la pandemia<sup>1</sup>. No obstante, vamos a tratar de elevar la mirada, para poder entender qué puede pasar en relación con esta pandemia y las necesidades de salud y particularmente de salud mental, y lo vamos a hacer conforme al siguiente escenario.

#### 1ª Ola. Impacto inicial de la pandemia COVID-19

Esta primera ola es la ligada a la propia pandemia. En pocas semanas el COVID-19 ha puesto en jaque la capacidad de los sistemas sanitarios de medio mundo, con casi 3 millones de contagios, más de 200.000 defunciones y 850.000 recuperados (datos a la fecha de redacción del presente documento, publicados por el Ministerio de Sanidad)<sup>2</sup>. Y con una característica a tener en cuenta, ha ocurrido en un limitado

espacio de tiempo, lo que ha supuesto un verdadero test de estrés para los sistemas sanitarios, que han tenido que adaptarse en un tiempo record, para absorber la demanda y cubrir las necesidades de la población. Estos sistemas han tenido que canalizar, en aquellas regiones más afectadas, una parte muy importante de sus recursos sanitarios para hacer frente a la pandemia, incluso creando nuevas estructuras específicas como IFEMA en Madrid<sup>3</sup>. Las necesidades de salud mental se han enfocado en la reorganización de la atención de los pacientes en tratamiento y, particularmente, en los programas de continuidad de cuidados, centrándose en un modelo de asistencia telemática. Por otra parte, han tenido que reorganizarse los recursos de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, a la vez que se han puesto en marcha programas de psiquiatría de enlace para la atención tanto de profesionales sanitarios sometidos a alta carga de estrés, como a los pacientes afectados de COVID-19 y sus familiares<sup>4</sup>. Esto ha obligado a diferir, para un segundo tiempo, cualquier otra atención de salud mental no urgente. Con lo sucedido en esta primera ola, algunos autores han llegado a poner el foco en la posible desatención de estos pacientes<sup>5</sup>.

#### 2ª Ola. Problemas de salud general no-COVID

La segunda ola es la relacionada con las necesidades de atención en salud de la población general por cuestiones no relacionadas con el COVID-19, que comienzan a aparecer tras la retirada de la primera ola. No hay datos concluyentes en la literatura sobre el impacto real que este tipo de fenómenos tiene sobre las necesidades de atención en salud en términos generales, salvo los relacionados con la reducción de los accidentes de tráfico, accidentes laborales u otras enfermedades transmisibles. El resto de las necesidades de salud siguen estando presentes, aunque confinadas. La atención de la 1ª ola ha obligado a cancelar muchos procedimientos no urgentes y a reprogramar cirugías. Pero, tras un tiempo de confinamiento y, a medida que se percibe que la 1ª ola comienza a retirarse, tienden a reaparecer otras necesidades de salud, que en realidad nunca desaparecieron, sino que se mostraron ocultas<sup>6</sup>. Es una de tantas pruebas de la conciencia social que surge en estos tiempos de crisis, donde se genera una cierta renuncia a la necesidad individual, en pro de unas necesidades colectivas. No se hace referencia a nuevas necesidades, sino a las que estaban previas al inicio de la pandemia y que han sido diferidas en el tiempo. Un reto

oculto, es como podemos ayudar a los pacientes que evitan solicitar ayuda por sus dolencias por miedo al contagio del SARS-CoV-2.

A esta situación se podrían sumar las necesidades relacionadas con las patologías crónicas y la retirada transitoria de los programas de continuidad de cuidados para las mismas. Con pacientes que, durante este tiempo, han rebajado sus protocolos de autocuidado, muchas veces limitados por las propias circunstancias del confinamiento. Finalmente, hay que tener en cuenta que la patología crónica tiende a estar ligada a la edad<sup>7</sup> y las circunstancias actuales han hecho que población mayor haya estado más aislada, para prevenir contagios, con el consiguiente potencial incremento de otros riesgos para la salud, con el propio sedentarismo<sup>8</sup> como claro factor de riesgo asociado a una peor salud.

### 3ª Ola. Problemas de Salud Mental

Esta última ola es la más específica de los problemas de salud mental. Se trata de una ola longitudinal y acumulativa. De manera que vamos a encontrar, en primer lugar, las necesidades de los pacientes afectados por el SARS-CoV-2 que están siendo atendidos por los equipos de enlace de los hospitales como resultado de la 1ª ola. A éstas se suman las necesidades de la 2ª ola, es decir, los seguimientos y las descompensaciones de los pacientes con trastornos mentales previos, así como los pacientes que ya estaban esperando a ser atendidos. Sin olvidar, el apoyo y asistencia a las necesidades de los profesionales sanitarios inmersos en situaciones de estrés.

A lo anterior, se sumarían las previsible o al menos potenciales nuevas demandas asistenciales consecuencias de la pandemia, el confinamiento y el estrés. En este sentido, ya contamos con los primeros estudios específicos sobre las consecuencias del COVID-19. Utilizando el *Impact of Event Scale* (IES), en una población de 263 residentes en la provincia de Liaoning en China, el 7,6% de la población presentaban un elevado impacto psicológico<sup>9</sup>. Mientras que Wang et al<sup>10</sup> cifran hasta en 29% el impacto moderado o severo relativo a los síntomas de ansiedad y en un 17% los síntomas depresivos en la población confinada. Los primeros datos en Italia<sup>11</sup>, muestran un 19,4% de impacto moderado y un 18,6% de impacto psicológico severo por el estrés relacionado con el confinamiento, mostrando mayor impacto en la población más joven (menores de 37 años) y en las mujeres.

De la revisión de la literatura de situaciones previas con características asimilables, como catástrofes naturales o atentados, se pueden extraer ciertas conclusiones, siempre con consecuente cautela. Entre el 11% y el 38% de la población expuesta llega a presentar trastornos adaptativos, depresiones o trastornos por uso de sustancias, con especial relevancia en la población más vulnerable o con antecedentes de trastornos psiquiátricos previos, que llegan a representar el 40% de la muestra<sup>12</sup>. Una de las situaciones más

estudiadas han sido los atentados del 11S, en una revisión de más 150 estudios<sup>13</sup> encontraron fundamentalmente un incremento de los cuadros de estrés postraumático, entre el 4 y el 11%, y relacionaban el aumento del riesgo con la psicopatología previa, los eventos vitales cercanos como la inmigración reciente, el sexo femenino y el incremento de horas viendo eventos relacionados en los medios.

En relación con las consecuencias del confinamiento, al menos 3 estudios han encontrado una cierta correlación de la duración del mismo y una peor salud mental y, de manera específica, con la presencia de síntomas de estrés postraumático, conductas evitativas o irritabilidad<sup>14</sup>. Entre otros factores relevantes a tener en cuenta, encontramos la incertidumbre económica<sup>15</sup>, que incrementa el riesgo de problemas psicológicos tras una cuarentena. En el caso específico de la población infantojuvenil<sup>13</sup>, los cuadros más relevantes son los relacionados con la ansiedad y, en concreto, con la agorafobia y la ansiedad por separación.

Tras la pandemia y el confinamiento, es previsible que se produzca un impacto relevante sobre la salud mental de la población. Sin psicologizar la vida cotidiana, ni patologizar las reacciones normales secundarias al estrés, se debería abrir un espacio de debate, planificación y anticipación de estas previsible necesidades.

En este sentido, lo que hemos aprendido de otras catástrofes<sup>16</sup> es que debemos propiciar ciertas actitudes y, en la medida de lo posible, transmitir una sensación de seguridad y calma, enfatizando en la eficacia de los recursos personales y de los de la comunidad; fomentar la conectividad social como mecanismo de apoyo; hacer visible la esperanza de una rápida y completa recuperación, ofreciendo información real y contrastable sobre los recursos sanitarios; y ofrecer recursos asistenciales accesibles, al tiempo que aseguramos que la participación sea voluntaria<sup>14</sup>.

El impacto psicosocial del COVID-19 puede ser particularmente relevante en los siguientes grupos de personas:

1. Los que se han infectado con el COVID-19.
2. Los que han tenido un familiar cercano enfermo.
3. Los que han perdido un familiar durante esta pandemia.
4. Las personas previamente vulnerables a los estresores psicosociales.
5. Los profesionales de la salud que han estado expuestos en la primera línea de trabajo.

A estos grupos tenemos que añadir a los pacientes con psicopatología previa y que ya estaban siendo atendidos en los recursos de salud mental. Finalmente, cabe destacar que algunos autores<sup>17</sup> generalizan el riesgo a la población general por la mera exposición a los medios de comunicación y por las consecuencias del confinamiento.

## Conclusiones

Con la pandemia de SARS-CoV-2 entramos en el terreno de lo desconocido, nunca en la historia reciente nos habíamos enfrentado a un evento de estas características, con un confinamiento tan prolongado y con un previsible impacto socioeconómico de estas dimensiones. Las consecuencias sobre la salud mental de la población debemos tratar de anticiparlas, evitando claro está, patologizar las reacciones emocionales normales, aunque sean dolorosas. Parece claro que debemos prestar más atención a poblaciones concretas, con un potencial riesgo incrementado, como las personas infectadas por COVID-19, aquellas que han perdido un familiar o los profesionales sanitarios que han estado en la primera línea de atención, pero es previsible un aumento de la demanda de atenciones en salud mental también en otros grupos de población.

De una manera enunciativa, pero no limitativa, aparecen los cuadros relacionados con el estrés en el personal sanitario, los duelos más o menos complicados acontecidos estos días, las necesidades de una población general sometida al estrés del confinamiento, la pandemia y sus consecuencias socioeconómicas. Todo esto se sumaría a las necesidades previas de salud mental de la población y podría suponer un gran reto para la atención en salud mental en todo el mundo.

Desde una perspectiva conceptual, la OMS define la salud como el equilibrio entre el bienestar físico, social y psíquico. No cabe duda que está siendo memorable el despliegue de los recursos de la atención sanitaria para abordaje del COVID-19. Estamos empezando a escuchar como los gobiernos de todo el mundo se orientan hacia la cobertura de las necesidades sociales. Pero, desde esta perspectiva biopsicosocial de la salud surge la necesidad de poder prever esa 3ª ola de necesidades para la población, es decir de la atención de su salud mental.

Como en cualquier otro problema de salud pública, debemos poner el acento en la prevención. Durante las últimas semanas, se han puesto en marcha acciones de prevención primaria, como las iniciativas para promover el autocuidado, para procurar minimizar el impacto de los confinamientos. Ahora es el momento de activar medidas de prevención secundaria, encaminadas a la identificación de poblaciones en riesgo, y que permita poner en marcha intervenciones efectivas, antes de tener que trabajar sobre la prevención terciaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Xu S, Li Y. Beware of the second wave of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10233):1321-1322. doi:10.1016/S0140-6736(20)30845-X
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Situación actual Coronavirus. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>. Accessed April 27, 2020.
- Hierro LA, Garzón AJ, Atienza P, Márquez JL. Predicting clinical needs derived from the COVID-19 pandemic: the case of Spain. 2020:13.
- Arango C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. *Biol Psychiatry*. April 2020. doi:10.1016/j.biopsych.2020.04.003
- Santos CF. Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Braz J Psychiatry*. April 2020. doi:10.1590/1516-4446-2020-0981
- Rosenbaum L. The Untold Toll – The Pandemic's Effects on Patients without Covid-19. Malina D, ed. *N Engl J Med*. April 2020:NEJMms2009984. doi:10.1056/NEJMms2009984
- Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*. 2015;385(9968):640-8. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0
- McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17(3):567-80. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
- Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2381. doi:10.3390/ijerph17072381
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5). doi:10.3390/ijerph17051729
- Moccia L, Janiri D, Pepe M, Dattoli L, Molinaro M, De Martin V, et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain Behav Immun*. April 2020. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.048
- North CS, Pfefferbaum B. Mental Health Response to Community Disasters: A Systematic Review. *JAMA*. 2013;310(5):507-18. doi:10.1001/jama.2013.107799
- Perlman SE, Friedman S, Galea S, Nair HP, Eros-Sarnyai M, Stellman SD, et al. Short-term and medium-term health effects of 9/11. *Lancet*. 2011;378(9794):925-34. doi:10.1016/S0140-6736(11)60967-7
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-20. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*. 2009;28(1):91-100. doi:10.1037/a0013674
- Pandya A. A Review and Retrospective Analysis of Mental Health Services Provided after the September 11 Attacks. *Can J Psychiatry*. March 2013. doi:10.1177/070674371305800302
- Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1). doi:10.1192/j.eurpsy.2020.35