

LA DÉCADA COVID
EN MÉXICO

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

Salud **mental**,
afectividad
y **resiliencia**

María Elena Medina Mora
Olbeth Hansberg
(Coordinadoras)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Medina-Mora, María Elena, editor. | Hansberg, Olbeth, editor.

Título: Salud mental, afectividad y resiliencia / María Elena Medina Mora, Olbeth Hansberg, (coordinadoras).

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2023. | Serie: La década COVID en México : los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 5.

Identificadores: LIBRUNAM 2203409 (impreso) | LIBRUNAM 2204554 (libro electrónico) | ISBN 9786073074612 (impreso) | ISBN 9786073074568 (libro electrónico).

Temas: Salud mental. | Afecto (Psicología). | Resiliencia (Rasgos de personalidad). | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos psicológicos -- México.

Clasificación: LCC RA790.5.S296 2023 | LCC RA790.5 (libro electrónico) | DDC 362.2—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos expertos y cuenta con el aval del Comité Editorial de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para su publicación.

Imagen de forros: tadamichi

Apoyo gráfico: Cecilia López Rodríguez

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda y Ana Lizbet Sánchez Vela

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Facultad de Psicología

Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria,
alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7456-8 Título: Salud mental, afectividad y resiliencia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7461-2 Título: Salud mental, afectividad y resiliencia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad
de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional.

Hecho en México

Contenido

Presentación	13
<i>Enrique Graue Wiechers</i>	
Prólogo	15
<i>Guadalupe Valencia García</i> <i>Leonardo Lomelí Vanegas</i> <i>Néstor Martínez Cristo</i>	
Introducción: Salud mental, afectividad y resiliencia	23
<i>Olbeth Hansberg</i> <i>María Elena Medina Mora</i>	
SALUD MENTAL, ADAPTACIÓN Y SECUELAS	
1 Trastornos mentales en la pandemia	33
<i>Rebeca Robles-García</i> <i>Silvia Morales-Chainé</i> <i>Benjamín Martínez Guerrero</i> <i>María Elena Medina Mora</i>	
2 La adaptabilidad psicológica en condiciones de cuarentena y pandemia	61
<i>Juan José Sánchez Sosa</i>	
3 Salud mental, secuelas neuropsiquiátricas y COVID-19: panorama nacional	85
<i>Claudia Díaz-Olavarrieta</i> <i>Ingrid Vargas-Huicochea</i> <i>Fernando Daniel Flores-Silva</i> <i>Miguel García-Grimshaw</i> <i>María Teresa Tusié-Luna</i>	

AFECTACIONES A LA INFANCIA

- 4 Afectaciones en el desarrollo infantil y pérdida de aprendizajes durante el confinamiento 125

Benilde García-Cabrero
Salvador Ponce-Ceballos

- 5 Salud mental en niños e intervenciones en tiempos de COVID-19 155

Emilia Lucio
María Teresa Monjarás-Rodríguez

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SUICIDIO

- 6 El consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la pandemia 181

María Elena Medina Mora
Martha Cordero
Claudia Rafful
Alejandra López
Arturo Ruiz-Ruisánchez
Jorge Villatoro

- 7 Uso de sustancias psicoactivas en la comunidad universitaria: riesgos antes y durante la pandemia por COVID-19 209

Silvia Morales-Chainé
Alejandra López-Montoya
Rebeca Robles-García
Alejandro Bosch-Maldonado
Ana Gisela Beristain-Aguirre
Claudia Lydiá Treviño-Santacruz
Germán Palafox-Palafox
Violeta Félix-Romero
Lydia Barragán-Torres
Carmen Fernández-Cáceres
Mireya Atzala Ímaz-Gispert

- 8 Suicidio y pandemia, una realidad silenciosa.
Abordaje del comportamiento suicida en el contexto
de la pandemia por COVID-19 231
Paulina Arenas-Landgrave
Natalia Escobedo-Ortega

RESPUESTAS AL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE

- 9 Mictlán: vivir la propia muerte 263
Abraham Sapién
David Fajardo-Chica
- 10 “Dios mío, ¿por qué nos has abandonado?”
El problema del mal según el estoicismo tardío 287
Leonardo Ramos-Umaña

SENTIRES COLECTIVOS PARA LA RESILIENCIA

- 11 Éramos personas: reflexiones en torno a la dimensión
colectiva de las emociones durante la pandemia 311
Ángeles Eraña
Iván E. Gómez Aguilar
- 12 El valor político de la concepción colectiva
del sufrimiento en la pandemia 341
Efraín Gayosso
Diana Rojas
- 13 La excepcionalidad de la solidaridad 365
Amalia Amaya

**SALUD MENTAL, ADAPTACIÓN
Y SECUELAS**

Trastornos mentales en la pandemia

1

Rebeca Robles-García⁽¹⁾

Silvia Morales-Chainé⁽²⁾

Benjamín Martínez Guerrero⁽³⁾

María Elena Medina Mora⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente esencial de la salud pública, más aún en tiempos de crisis humanitarias. La pandemia por COVID-19, en específico, impuso cuatro retos importantes para la salud mental pública: 1) prevenir el incremento de trastornos mentales y la reducción del bienestar de la población, 2) proteger a las personas con trastornos mentales de la enfermedad y sus consecuencias, 3) proporcionar intervenciones de salud mental apropiadas para los cuidadores y profesionales de la salud (Campion et al., 2020), y 4) atender las consecuencias psiquiátricas y neurológicas de la propia enfermedad entre sus sobrevivientes. En este capítulo se abordarán cada uno de estos retos y se proporciona la información generada en diversas regiones del mundo; se hace énfasis en México, particularmente en los esfuerzos llevados a cabo en este sentido por parte de la UNAM.

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría, (2) Facultad de Psicología, (3) Facultad de Medicina.

TRASTORNOS MENTALES: LA PANDEMIA PARALELA

El miedo al contagio, la ansiedad (incluyendo la relacionada con enfermarse gravemente o *ansiedad de salud*), la sensación de soledad y la tristeza profunda constituyeron respuestas generalizadas en la población mundial ante la COVID-19, tanto en la primera como en las subsecuentes olas de transmisión comunitaria de la enfermedad. De acuerdo con el reciente metaanálisis a larga escala de Liu et al., (2021), las prevalencias de problemas de salud mental en población adulta durante las primeras fases de la pandemia fueron: 32.6 % (IC 95 % = 29.1-36.3) de sintomatología ansiosa, 30.30 % (IC 95 % = 24.6-36.6) de insomnio, 27.60 % (IC 95 % = 24.0-31.6) de sintomatología depresiva y 16.70 % (IC 95 % = 8.9-29.2) de síntomas de estrés postraumático. Estas prevalencias son, desde luego por mucho, más altas que las reportadas para población general en momentos de no pandemia (Steel et al., 2014).

En la población infantil y adolescente se ha reportado depresión, ansiedad, problemas relacionados con el apego, miedo intenso a que los familiares contraigan la infección, déficits de atención e irritabilidad (Jiao et al., 2020; da Silva Neto, Benjamim et al., 2021). De acuerdo con el metaanálisis de Da Silva Neto, Benjamim et al. (2021), de 29 estudios y más de 80 mil participantes, las prevalencias estimadas de depresión y ansiedad en niños y adolescentes fueron de 25.2 % y 20.5 %, respectivamente; el doble comparado con estimaciones anteriores a la pandemia. Las prevalencias fueron incrementando en el transcurso de la pandemia y, en términos generales, resultaron mayores en población femenina y adolescentes (Da Silva Neto, Benjamim et al., 2021) y entre aquellos que habitaban áreas con alta transmisión comunitaria del virus (Jiao et al., 2020). Por tipo de problemáticas específicas, de acuerdo con Jiao et al. (2020), los miedos intensos son más frecuentes entre los más pequeños (3-6 años), mientras que los problemas de atención son más comunes entre los de 6 a 18 años.

Otro grupo etario especialmente vulnerable son los adultos de 65 o más años, quienes son más susceptibles a presentar deterioro cognitivo, efectos negativos de estrés y depresión, en comparación con los más jóvenes (Lloyd-Sherlock et al., 2020). Además de la edad, se evidenciaron otros

factores de riesgo para los problemas de salud mental ante la COVID-19, que incluyeron tanto los relacionados específicamente con la pandemia (como el confinamiento o el fallecimiento de seres queridos) como los determinantes sociales e individuales de la salud mental en general.

Factores de riesgo para la salud mental durante la COVID-19

El confinamiento se evidenció pronto como uno de los estresores más importantes durante la pandemia por COVID-19. Su vinculación con respuestas mal adaptativas graves comenzó a documentarse desde el inicio de la contingencia (incluyendo abuso de alcohol y violencia doméstica) (Morales-Chainé, López, Bosch, Beristain-Aguirre, Escobar et al., 2021) y continuó a lo largo de sus distintas olas (incluyendo el comportamiento suicida). El ser forzado a la proximidad física durante semanas o meses ha mostrado ser un factor de riesgo para el comportamiento agresivo y la violencia doméstica (Owen, 2020), y de acuerdo con el análisis de Brülhart et al. (2021), de ocho millones de llamadas telefónicas a líneas de ayuda en 19 países, las solicitudes de apoyo ante riesgo suicida aumentaron cuando las políticas de contención se hicieron más estrictas. Tal como señalan Van Bavel et al. (2020), es claro que el distanciamiento social se opone fuertemente a la necesidad humana de conexión interpersonal, tan útil para regular emociones y afrontar momentos difíciles; la soledad y el aislamiento incrementan la de por sí importante carga del estrés y su impacto en la salud física y mental. Así, entre las estrategias para mitigar estos problemas, se sugirió el empleo del término “distanciamiento físico” (en lugar de distanciamiento social), para enfatizar que la conexión social es posible incluso ante la separación física (mediante el uso de interacciones digitales o en línea, por ejemplo).

Otro de los retos importantes para el bienestar de la población fue (y sigue siendo) el duelo debido a muertes de seres queridos a causa de COVID-19, proceso que se vio afectado de manera importante principalmente por la prohibición de visitas hospitalarias y de reuniones masivas para rituales funerarios, lo que dificulta acompañar a, y despedirse de, quienes se encuentran

al final de la vida (Corpuz, 2021). Los clínicos encargados de la atención de pacientes con COVID-19 detectaron rápidamente esta problemática y su impacto negativo en los pacientes y familiares, al grado de dirigir esfuerzos especiales para hacer posible que los familiares tuvieran la oportunidad de acompañar y despedir a sus seres queridos (ver, por ejemplo, para México, Landa et al., 2021).

Se suma a estas dificultades lo inesperado de la pérdida, que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno por duelo prolongado (en comparación con duelos ante muertes por causas naturales) (Eisma et al., 2021). Así, la prevalencia del trastorno por duelo prolongado debido a fallecimientos por COVID-19 se estima en 37.8 %, evidentemente mayor a la estimada para quienes pierden seres queridos por causas naturales (aproximadamente 10 %). Se sabe, además, que la gravedad del problema es mayor entre aquellos que han perdido a una pareja, un hijo o hija, o padre o madre, en contraste con otro pariente o relación (Tang y Xiang, 2021), por lo que, si se toma en cuenta que hasta mediados de noviembre de 2021 han fallecido en el mundo más de cinco millones de personas a causa de COVID-19, que por cada una alrededor de nueve de sus allegados cursan duelo, y que es frecuente que un mismo individuo experimente múltiples muertes importantes debido a COVID-19, habrá que hacer hincapié en la necesidad de estrategias para su prevención y atención, más aún en personas mayores, niños y adolescentes (Djelantik et al., 2021).

Además de los estresores específicamente relacionados con las medidas de contención y las consecuencias letales de COVID-19, la pandemia hizo evidentes los ya conocidos determinantes sociales de la salud mental, es decir, las condiciones socioeconómicas que tienen una influencia directa en la prevalencia y gravedad de los trastornos mentales en una población específica (incluyendo circunstancias sociales o económicas adversas, como la pobreza, la desigualdad de ingresos, la violencia colectiva e interpersonal, y la migración forzada) (World Health Organization [WHO] y Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Durante la pandemia por COVID-19, si se siguen los ejemplos citados, además de la proximidad forzada, el estrés económico se asoció estrechamente con la presencia de conflictos interpersonales (Karney, 2021); y en el estudio de Brühlhart et al. (2021) las llamadas telefónicas

relacionadas con suicidio disminuyeron cuando se ampliaron los apoyos económicos para la población.

Aún más, factores individuales de salud física y mental —incluida la presencia de condiciones crónicas (particularmente diabetes, hipertensión, obesidad y trastornos mentales)— incrementaron la desigual afectación de la pandemia a nivel poblacional, lo que generó grupos particularmente vulnerables a sus devastadoras consecuencias. Tales condiciones crónicas se encontraban especialmente desatendidas ante la saturación del sector salud, debido a la cantidad de personas enfermas de COVID-19, aun cuando pronto se evidenció su relación con mayor mortalidad por esta enfermedad. Además, la mayoría son lamentablemente muy frecuentes en nuestro país, al grado de proponerse como razones para que México sea uno de los países más afectados en términos del número de defunciones por COVID-19 (Bello-Chavolla et al., 2020) y de constituirse entonces como un claro factor de riesgo para presentar problemas de salud mental en la población general mexicana (Morales-Chainé, Bosch, Beristain-Aguirre, Robles et al., 2021).

Monitoreo y atención a la salud mental en población general mexicana

En México, el monitoreo y atención a los problemas de salud mental de la población general ante COVID-19 se llevó a cabo gracias a la colaboración interinstitucional de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) —especialmente de la Facultad de Psicología, la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO), y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina— con diversas instancias de la Secretaría de Salud, instituciones académicas públicas y privadas, así como organizaciones de la sociedad civil. Para realizarlo se tomó como base el desarrollo e implementación de la estrategia remota de evaluación, manejo y seguimiento de los riesgos a la salud mental durante la pandemia por COVID-19, acorde con las recomendaciones de la *Guidelines for the practice of telepsychology (Guía para la práctica de la telepsicología)*, de la American Psychological Association (APA, 2013). Dicha estrategia se denominó Sistema Tecnológico de Información (STI).

El STI se programó en una WebApp mediante Linux®, PHP®, HTML®, CSS® y JavaScript®, conforme a las políticas de privacidad establecidas en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (H. Congreso de la Unión, 2017) y los lineamientos de la DGACO (UNAM), entre los que se establece el cifrado asimétrico de los datos y la base protegida en el dominio oficial universitario, con candados de seguridad para el resguardo de la información. La participación y el manejo de la información quedó establecida bajo la aceptación del consentimiento informado en cumplimiento de los lineamientos de la NOM-012-SSA3-2012.

En general, el STI estuvo constituido por: *a*) un panel de información con estadística en tiempo real, entre la que destaca el número de consentimientos para recibir atención psicológica remota y de las personas en espera; *b*) un panel para la construcción de diagramas de caja sobre las asociaciones globales entre los riesgos a la salud mental (por ejemplo, estrés agudo en función del reporte de violencia recibida); *c*) construcción de histogramas para el análisis de cada variable de interés (por ejemplo, condición COVID-19); *d*) construcción de gráficas de distribución por niveles de riesgo (por ejemplo, proporción de personas por género en los niveles nulo, bajo, medio, alto y riesgo muy alto por ansiedad generalizada); *e*) construcción de reportes globales de riesgos a la salud mental por comunidad elegida (por ejemplo, riesgos a la salud mental en función de la asociación entre variables para una entidad federativa); *f*) pánel para el rastreo de expedientes electrónicos durante las actividades de monitoreo y supervisión; *g*) pánel de consulta de expedientes electrónicos de la atención psicológica; *h*) pánel de contacto con el listado de consentimiento para recibir atención psicológica remota (comunidad, entidad, edad, sexo, resultados, motivo, ubicación, clasificación de principales riesgos a la salud mental [nivel de estrés, riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, duelo], horario preferido de atención, fecha de autorización, botón de autoasignación por los profesionales de la salud disponibles); *i*) pánel de asignación de casos a los especialistas en salud mental por los supe visores, y *j*) resguardo del expediente electrónico (resultados de evaluación, ficha de datos generales, plan de servicios, resúmenes de sesión, registro de rescate, datos de egreso y seguimiento).

En combinación con el STI, se utilizaron el conmutador virtual Zoi-per® 3.5 y las plataformas Zoom®, Meet® y Teams® para la atención psicológica remota sincrónica. Así, los datos fueron utilizados para que los beneficiarios: *a)* llevaran a cabo acciones de autovaloración de los riesgos a la salud mental; *b)* recibieran la retroalimentación inmediata producto de los algoritmos de decisión con base en las recomendaciones de la guía mhGAP (2017); *c)* obtuvieran infografías, videos y cursos de psicoeducación en la plataforma Moodle® para su habilitación respecto al enfrentamiento de los riesgos a la salud mental y la interrupción de su progresión a mayores niveles de severidad, y *d)* eligieran otorgar su consentimiento para recibir atención psicológica remota de forma sincrónica. En suma, el STI permitió generar la oferta remota de evaluación, manejo y seguimiento de los riesgos a la salud mental durante la pandemia por COVID-19 a fin de reducir la brecha de atención en México y para mexicanos en el extranjero.

En segundo término, el STI fue adoptado por los servicios de atención psiquiátrica de la Secretaría de Salud y difundidos a través de su sitio web para que, además de la comunidad universitaria, la población mexicana (dentro y fuera del país) tuviera acceso a la estrategia. De ese modo, la impartición de los servicios remotos sincrónicos en la estrategia fue posible a través de la vinculación intersectorial e institucional especializada y no especializada en salud mental, fortalecida por el comité del Grupo Técnico de Trabajo en Salud Mental (GTTSM) de la Secretaría de Salud. Por ejemplo, el tratamiento para población general fue ofertado por los especialistas, socios de la red: la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología (CCFSP), el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, los Centros de Integración Juvenil de la Secretaría de Salud, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, la Federación Nacional de Colegios Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (Fenapsime) y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. El STI fue adoptado también como una de las fuentes de identificación y referencia a atención especializada remota e interinstitucional a problemas de salud mental del personal de salud ante COVID-19, lo que se explica a detalle

en el apartado final a ese respecto de este mismo capítulo. Así, la vinculación intersectorial e institucional favoreció la adopción e implementación de las intervenciones basadas en la evidencia para prevenir e interrumpir los riesgos a la salud mental durante la pandemia por COVID-19. Todo ello se logró a través de un STI que permite el monitoreo continuo, en tiempo real, y el resguardo de la información para su análisis y aprovechamiento en la toma de decisiones políticas a nivel local, estatal, nacional e internacional.

Modelo de atención de la Facultad de Psicología de la UNAM

En el capítulo tres de esta misma obra se describe el modelo de atención psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM a población general ante trastornos por uso de sustancias durante la contingencia por COVID-19. En relación con los demás problemas de salud mental, destaca la adherencia a la práctica basada en la evidencia para el manejo y seguimiento de riesgos a la salud mental conforme las recomendaciones de la guía mhGAP. Primero, el modelo de atención consistió en la verificación de las diversas condiciones de riesgo a la salud mental y de la adopción de las herramientas de psicoeducación que las personas beneficiarias recibían como resultado del cribado inicial. A la fecha de la redacción de este capítulo se habían tamizado a más de 192 960 personas (70 % población abierta). En segundo término, el cribado por medio de los algoritmos de decisión del STI resultó en un *triaje* psicológico de cinco niveles de riesgo a la salud mental (nulo, bajo, medio, alto y muy alto), lo que identificó la proporción de participantes que requerirían tratamiento (por ejemplo, 63 % con malestar psicológico, 38 % por ansiedad generalizada o 4 % por intento de suicidio). En tercer término, con el apoyo del STI, fue posible monitorear la solicitud general de servicios, entre los que destacan 41 588 beneficiarios (21 % del total de aquellos que ingresaron al STI). Cabe señalar que 13 574 personas (33 % de los que solicitaron servicio) recibieron consejería breve; 20 347 (49 %), intervención breve por estrés agudo, postraumático, ansiedad o consumo de sustancias; y 7 667 (18 %), tratamiento breve por condiciones de violencia, depresión o riesgo de autolesión/suicidio.

El consejo breve se definió como una sesión remota de 50 minutos en la que los profesionales de la salud verificaron los niveles de riesgo, dialogaron con la persona beneficiaria (en formato de balance decisional para el cambio de patrones conductuales), establecieron metas de vida e intervención breve, acompañaron en la creación de planes de acción y respaldo (para el cumplimiento de metas) y programaron seguimiento (o sesiones adicionales de intervención breve de acuerdo con la meta de la atención). La intervención breve consistió en un programa de cuatro a ocho sesiones para la atención de los tipos y niveles de riesgo a la salud mental. Los componentes, basados en la evidencia científica (recomendados en la mhGAP), se programaron de acuerdo con los algoritmos de la guía y estuvieron constituidos por técnicas para el fortalecimiento de actividades diarias, psicoeducación, habilitación para la reducción del estrés (solución de problemas, relajación, habilidades de comunicación, salud física, planeación del tiempo libre, activación conductual o crianza positiva) y la referenciación oportuna a un tratamiento especializado o médico-psiquiátrico. El tratamiento breve (especializado) fue aquel constituido por 12 a 24 sesiones para la atención de los riesgos altos a la salud mental.

Entonces, en el marco de la vinculación y compromiso que la UNAM tiene con la sociedad, la atención integral se impartió a través del modelo escalonado de formación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (PMDP) que tiene sedes de residencia en la CCFSP (2 032 horas de práctica supervisada obligatoria). Es decir, conforme a las recomendaciones de la guía mhGAP, el servicio fue brindado por profesionales de la psicología que, en vinculación con otros programas de servicio social interdisciplinario (medicina, enfermería y trabajo social), verificaron las condiciones de evaluación, manejo y seguimiento de los riesgos a la salud mental, adhiriéndose a los algoritmos de la mhGAP para la atención basada en la evidencia.

En los tres órdenes de intervención (consejo, intervención o tratamiento breve) los profesionales de la salud se apoyaron, principalmente, en estrategias de psicoeducación, reducción del estrés, modelamiento de habilidades, ensayo conductual, práctica positiva y retroalimentación. Tales técnicas implementadas en cada sesión permiten el alcance de las metas de la

intervención de las personas beneficiarias. En un ejercicio de supervisión con 251 profesionales se observaron los niveles de implementación de las habilidades de manejo de los riesgos a la salud mental. Por ejemplo, en ella se observó un promedio de 60.47 % de las habilidades para la planeación del tratamiento, 63.83 % para la psicoeducación, de 70.07 % para la reducción del estrés, de 20.28 % para el funcionamiento de las actividades diarias, 75.92 % para la referencia a tratamiento intensivo, de 48.88 % para la referencia a tratamiento farmacológico y de 81.89 % para la derivación a un servicio especializado de tercer nivel.

Así, en cuarto lugar, destaca el relevante papel de la supervisión en el que docentes profesionales de los diversos perfiles entrenan, supervisan y retroalimentan a los estudiantes en un modelo escalonado de formación continua a lo largo de dos años de formación. Los supervisores/docentes del PMDP en la CCFSP, al llevar a cabo acompañamiento grupal e individual a los doctorantes, maestrantes y estudiantes en servicio social, impartieron consejo, intervención y tratamiento breve para las condiciones de riesgo a la salud mental por consumo de sustancias psicoactivas y las condiciones neurológicas a población abierta y universitaria, interdisciplinariamente y de forma remota.

Modelo de evaluación y atención del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Ante la evidencia de que los jóvenes en México y en el mundo, incluyendo a quienes están en las universidades, están pasando por una importante crisis en su bienestar emocional, con un aumento de los índices de suicidio, abuso de sustancias y problemas de ansiedad y depresión (González-Forteza et al., 2019, Benjet et al., 2019), el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM (DPSM), que proporciona atención a la comunidad estudiantil de la UNAM desde hace más de 50 años, se propuso desarrollar y probar una plataforma de atención en línea para no suspender el servicio (Guerrero, 2021).

Los objetivos fueron: 1) conocer los motivos de consulta durante el confinamiento por COVID-19 (de abril a julio de 2020), 2) determinar la eficacia de una intervención en línea para atender problemas de estrés, ansiedad, depresión e ideación suicida en estudiantes universitarios, y 3) evaluar la tecnología de telemedicina para la atención virtual de trastornos mentales en esta población. El modelo fue exitoso en otorgar servicios de emergencia en la primera etapa, con una buena aceptación, pues 68 % de los usuarios que solicitaban una cita se conectaban para recibir la atención. Para organizar los servicios usuales del Departamento, se realizaron adecuaciones en el sistema electrónico. En esta segunda etapa —de agosto de 2020 a marzo de 2022— han sido atendidos 5 420 pacientes y se han otorgado 28 847 consultas; el porcentaje de usuarios que se conectan a su teleconsulta de primera vez es de 78 %. En este texto describimos los motivos de consulta de los cinco primeros meses de la pandemia.

La plataforma se desarrolló en el sistema Dox con un recepcionista virtual que administra y proporciona una sala privada de Google Meet para realizar la consulta en línea. Incluye solicitud de consulta, respuesta voluntaria de tamizaje, elección de la fecha y la hora de cita, expediente clínico electrónico y reportes. La plataforma es monitorizada de manera continua para asegurar el funcionamiento óptimo, mediante estándares de calidad en el servicio y de experiencia de los diversos usuarios de la tecnología.

En este periodo se atendieron 1 324 estudiantes de entre 15 y 29 años, 27 % hombres y 72 % mujeres; ninguno había padecido COVID-19, pero 16.16 % tenía personas cercanas que habían enfermado. En cuanto a sus antecedentes en tratamiento, 42 % habían recibido ayuda en el DPSM y 26 % recibían tratamiento farmacológico; en total, 67 % había recibido algún tipo de tratamiento para problemas de salud mental. Los trastornos más frecuentes fueron depresión (91 %), ansiedad (93 %) y trastornos de sueño (94 %); 90 % tenía una comorbilidad, y 24 % de los hombres y 32 % de las mujeres, un intento suicida en la vida.

La preocupación por la pérdida de trabajo en la familia por el confinamiento fue de 38 % de los estudiantes. Quienes reportaron reducción del ingreso familiar habían experimentado con más frecuencia violencia física

y acoso (como víctima o victimario), más antecedentes de conductas suicidas, más problemas con el alcohol y las drogas, y fueron con más frecuencia victimarios.

El pensamiento suicida se relacionó con antecedentes de tratamiento para salud mental, pobre apoyo social, reducción de ingresos familiares, haber sido víctima de violencia, aumento de violencia durante la contingencia y un diagnóstico psiquiátrico previo. Para el intento suicida, se mantuvieron los mismos factores, aumentó por ser mujer, se mantuvo el haber sido víctima de violencia, pero ya no pesó el aumento de la violencia en la contingencia. El ser agresor se asoció con ser víctima de violencia, ser hombre, la reducción de ingresos familiares por COVID-19 y aumento de la violencia en la contingencia. La comorbilidad se asoció con consumo excesivo de alcohol, alteraciones de sueño, intento de suicidio y aumento de violencia durante la contingencia (Medina-Mora et al., 2021).

La experiencia muestra que la atención vía virtual o telefónica es una opción viable y exitosa, a pesar de que en estudios previos a la pandemia se mostró que estos medios no eran la primera opción para los universitarios (Benjet et al., 2020). Quienes la solicitaron en esta etapa se adaptaron rápidamente a la herramienta. Fue un mecanismo efectivo para reducir el impacto de la enfermedad no tratada. Los datos señalan la importancia de determinantes sociales —pobreza y violencia— que ponen de manifiesto la necesidad de abordar con más profundidad las disparidades sociales que se hicieron visibles durante la pandemia; resalta la importancia de atender a aquellas personas con trastornos previos (Guerrero, 2021).

TRASTORNOS MENTALES Y COVID-19: UNA RELACIÓN BIDIRECCIONAL

La relación entre trastornos mentales y COVID-19 es de tipo bidireccional. Por un lado, se ha documentado un riesgo mayor de gravedad y mortalidad por COVID-19 en personas con antecedentes de trastornos mentales o que los padecen (Taquet et al., 2021; Toubasi et al., 2021) y, por el otro, que los sobrevivientes de COVID-19 pueden presentar trastornos mentales como

consecuencia indirecta o directa de la enfermedad (Paterson et al., 2020; Taquet et al., 2021).

De manera específica, se sabe que es más probable que las personas con trastornos mentales presenten no solo respuestas emocionales negativas intensas ante estresores vitales (incluyendo el confinamiento), sino también infecciones (incluyendo neumonía) y retraso en el acceso a servicios de salud, lo que puede incrementar de manera importante su mortalidad ante COVID-19 (Yao et al., 2020). Según el análisis de 61 millones de registros electrónicos de salud realizados por Wang et al., (2021), las personas con depresión o esquizofrenia de reciente diagnóstico (durante el último año) tienen aproximadamente siete veces más riesgo de contraer COVID-19; y en general, los pacientes con un diagnóstico reciente de trastorno mental (incluyendo déficit de atención, trastorno bipolar, depresión o esquizofrenia) e infección de COVID-19 presentan tasas significativamente mayores de hospitalización (27.4 % contra 18.6 %) y mortalidad (8.5 % contra 4.7 %) que aquellos sin un trastorno mental.

Esta asociación entre la presencia de trastornos mentales y mayor mortalidad por COVID-19 fue confirmada mediante el metaanálisis de 16 estudios observacionales en siete países, desarrollado por Fond et al. (2021); por ello, se sugiere considerarles como un grupo poblacional en alto riesgo de formas graves de COVID-19, que requiere medidas preventivas y atención especiales. No es de extrañar que las personas con trastornos mentales muestren mayor preocupación relacionada con COVID-19, incluyendo un miedo intenso a ser contagiados (Quittkat et al., 2020). De acuerdo con Yao et al. (2020), la mayor vulnerabilidad ante la infección por COVID-19 entre quienes padecen un trastorno mental se debe a características del propio trastorno, que derivan en riesgos individuales, como el deterioro cognitivo, la baja percepción de riesgo e insuficientes medidas de autocuidado, pero también a consecuencias del estigma social y de infraestructura institucional que conllevan menor o inadecuada protección de estos pacientes. Además, una vez que contraen la infección, presentan mayores barreras para la atención oportuna y comorbilidades relacionadas con mal pronóstico, como problemas metabólicos comúnmente presentados por pacientes con trastornos mentales

graves, como esquizofrenia, por ejemplo. Se suma el hecho de que presentan mayor vulnerabilidad al estrés y, en consecuencia, a recaídas ante la epidemia paralela de miedo, ansiedad y depresión que fue haciéndose cada vez más evidente en el transcurso de la pandemia, así como las dificultades para su monitoreo y la prescripción farmacológica que conlleva el cierre parcial o total de servicios de salud mental ante las medidas de confinamiento.

Al parecer, el mayor riesgo de mortalidad por COVID-19 lo presentan pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar (Fond et al., 2021), así como personas con demencia (Wan et al., 2020), que además suelen ser de edad avanzada, lo que acumula vulnerabilidad para comorbilidades médicas y, por lo mismo, a complicaciones por COVID-19 (Lloyd-Sherlock et al., 2020).

En relación con los efectos indirectos a la salud mental de los pacientes con diagnóstico de COVID-19, destaca su exposición a un abanico importante de emociones y sentimientos desagradables —incluido el miedo intenso a las probables consecuencias letales del virus, el aburrimiento y sentimientos de soledad durante la cuarentena—, ansiedad y malestar psicológico general (o distrés) ante síntomas de la enfermedad (como fiebre e hipoxia) o efectos adversos del tratamiento (como insomnio debido al uso de corticoesteroides) (Stankovska et al., 2020). De hecho, una muy amplia proporción de pacientes con COVID-19 presentan sintomatología de estrés postraumático —96.2 % según la revisión de Vindegaard y Benros (2020)— y altos niveles de síntomas depresivos, ansiosos, obsesivo-compulsivos e insomnio —31 %, 42 %, 20 % y 40 %, respectivamente, en el estudio de Mazza y colaboradores (2020)—. Así, las tasas de trastornos psiquiátricos en sobrevivientes de COVID-19 es mayor que la observada en otras enfermedades similares. De acuerdo con Taquet et al. (2021), la probabilidad estimada para ser diagnosticado con un trastorno mental entre los 14 a 90 días del diagnóstico de COVID-19 es de 18 %, en comparación con 1.5 % para otras enfermedades respiratorias.

Además, desde el inicio de la pandemia comenzaron a darse a conocer los datos clínicos preliminares de asociación directa de la infección de COVID-19 y un amplio espectro de problemas neurológicos, incluyendo encefalopatías, síndromes inflamatorios del sistema nervioso central (como encefalopatía y encefalomielitis), accidentes cerebrovasculares isquémicos y

trastornos neurológicos periféricos (como el síndrome de Guillain-Barré) (Paterson et al., 2020). De acuerdo con Nalleballe et al. (2020) hasta 22.5 % de los pacientes con COVID-19 presentan algún diagnóstico neuropsiquiátrico concurrente, producto del conocido potencial neuroinvasivo de las infecciones por coronavirus; entre los más comunes se encuentran dolor de cabeza (3.7 %), trastornos del dormir (3.4 %), encefalopatía (2.3 %), accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio (1.0 %) y convulsiones (0.6 %).

SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD ANTE COVID-19

Los trabajadores de salud de primera línea ante COVID-19 son otro de los grupos más vulnerables en términos de afectaciones a la salud mental relacionadas con los estresores impuestos por COVID-19. De acuerdo con la reciente revisión sistemática y metaanálisis de Da Silva Neto, Rodrigues et al. (2021), el personal de salud de primera línea ante COVID-19 presenta mayores frecuencias de ansiedad (13 % contra 8.5 %) y depresión (12.2 % contra 9.5 %) en comparación con profesionales de otras áreas. Por su parte, Marvaldi et al. (2021) reportan, de acuerdo con su revisión sistemática y metaanálisis de 70 estudios (101 017 participantes), altas prevalencias de estrés agudo y postraumático (56.5 % y 20.2 %, respectivamente). Se trata, además, de la salud mental con un conocido y extensor impacto en el bienestar y funcionamiento individual que, en no pocos casos, puede presentarse de manera concurrente (lo que incrementa la discapacidad relacionada).

En México, en congruencia con diferentes reportes en otros países (Cabarkapa et al., 2020; Sahebi et al., 2021; Shaukat et al., 2000; Spoorthy et al., 2020; Zhang et al., 2020), los trastornos mentales más frecuentes entre los trabajadores de salud durante la pandemia —particularmente en aquellos en primera línea y las mujeres— fueron el insomnio, la depresión y el estrés postraumático. Durante la denominada fase 2 de COVID-19 o escenarios de grupos de casos (según la OMS), sus prevalencias entre el personal de primera línea fueron: 52 %, 37.7 % y 37.5 %, respectivamente. Los principales factores de riesgo para presentarles incluyeron —además de los ya conocidos para trastornos

afectivos y relacionados con el estrés, como ser mujer y experimentar violencia doméstica— que el propio trabajador de salud o su familiar tuvieran sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, así como la experiencia de duelo por fallecimiento de un ser querido debido a esta enfermedad (Robles, Rodríguez et al., 2020). Durante el pico de la pandemia (8 de mayo a 18 de agosto de 2020), los problemas de salud mental que incrementaron en mayor medida fueron la depresión y la ansiedad de salud (que llegó en el personal de primera línea a 41.6 y 26 %, respectivamente). Esto se relacionó con el incremento también de los factores de riesgo mencionados (Robles et al., 2022).

Claramente, las estrategias de prevención, evaluaciones de tamizaje e intervenciones apropiadas para los problemas de salud mental del personal de salud que atendieron a personas con COVID-19 eran por demás necesarias. Salvaguardar su salud emocional frente a una emergencia sanitaria de esta naturaleza, además de ser una obligación moral, puede influenciar el éxito de la atención médica (Low y Wilder-Smith, 2005), el control de la emergencia y la recuperación social (Liu et al., 2013).

Dado que se trata de una enfermedad contagiosa que hace necesario minimizar el número de miembros del equipo de salud que tiene interacciones cara a cara (Ho et al., 2020), y aprovechando el desarrollo tecnológico contemporáneo, la mayoría de las evaluaciones e intervenciones en salud mental para personal médico frente a COVID-19 han sido remotas, mediante plataformas de videoconferencias o con base en aplicaciones para teléfonos inteligentes, por ejemplo, en China (Ho et al., 2020) y en México (Robles, Palacios et al., 2020), lo que presta la oportunidad también de implementar servicios en lugares típicamente alejados de centros o recursos humanos capacitados para la atención de problemas de salud mental.

En México, esto fue posible gracias a la colaboración interinstitucional para la implementación de un protocolo de investigación-acción dirigido a evaluar estrategias de prevención y atención de problemas de salud mental del personal de salud ante COVID-19, liderado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), cuya investigadora responsable fue la doctora Rebeca Robles-García, y en colaboración con más de veinte instituciones y más de 200 profesionales de la salud voluntarios.

La principal estrategia preventiva consistió en la difusión por WhatsApp, páginas y redes sociales institucionales, y en el portal federal de coronavirus.gob de videos psicoeducativos basados en evidencia para prevenir el desgaste profesional y la fatiga por compasión, para el manejo de pacientes y familiares no cooperativos, hostiles o ansiosos, y para el uso de equipo de protección personal. Los trabajadores de salud de primera línea los consideraron muy benéficos, relevantes y aplicables en el entorno de trabajo e incluso en su vida diaria a nivel personal y familiar, y estuvieron dispuestos a compartirlos y a recibir más videos sobre otros temas, por lo que se recomendó el escalamiento de esta medida preventiva y remota a otros centros COVID-19 y en futuras epidemias similares (Robles, Palacios et al., 2020).

Por su parte, la atención especializada a la salud mental del personal de salud referido el Sistema Tecnológico de Información (STI) de la UNAM, la Línea de la Vida, y la línea de intervención en crisis del INPRFM se llevó a cabo de manera remota (generalmente mediante celular o plataforma *Zoom*), con base en manuales de intervención basados en evidencia, y por parte de personal especializado y capacitado, de acuerdo con el grupo de problemáticas en cuestión. La atención fue organizada mediante clínicas virtuales —una por grupo de problemáticas— en las que se ofertaron horarios no laborales (nocturnos y en fin de semana) y estricta confidencialidad (ver tabla 1).

Como parte del proyecto de investigación (del 20 de abril al 15 de diciembre de 2020) 1 896 trabajadores de la salud, en total, recibieron atención especializada en estas clínicas virtuales. En el caso de la clínica de depresión, ansiedad y somatización (problemas de salud mental más frecuentes) se atendieron a 254 trabajadores de la salud en este periodo. No obstante, se considera que 15 995 trabajadores de la salud habían completado el tamizaje de salud mental (en el STI-UNAM), que alrededor de 40 % ($n=6\,338$) presenta riesgo de depresión y 20 % ($n=3\,191$) tendría síntomas moderados/graves que requieren atención especializada; por lo tanto, solo se brindó atención a 7.94 % de la población que teóricamente la requería. Sin embargo, esto es equiparable a lo que ocurre en población general en momentos de no pandemia en nuestro país, en donde solo 6 % de los adultos recibe atención de calidad para estos problemas de salud (Thornicroft et al., 2017).

Lo anterior invita a reflexionar en al menos dos asuntos: 1) la necesidad de continuar con los esfuerzos en alfabetización en salud mental, de disminuir el estigma hacia la enfermedad mental y su tratamiento, y de concientizar sobre el autocuidado y la búsqueda de apoyo profesional de salud mental como una competencia profesional e imperativo personal, y 2) tener en cuenta la importancia y viabilidad del tratamiento remoto para los trastornos mentales comunes de trabajadores de salud.

CONCLUSIÓN

El actual interés por la salud mental debe catalizarse para lograr las reformas urgentes en la materia, que hagan posible la atención de la cantidad de personas afectadas e incluir desde luego, aquellas dirigidas a incrementar sustancialmente los servicios de salud mental (United Nations, 2020). En este sentido, la pandemia puede resultar una oportunidad transformadora para resolver las barreras estructurales históricas para el intercambio de tareas y la atención colaborativa, tan necesarias para alcanzar la cobertura de servicios de salud mental oportunos y de calidad para quienes los requieren (Naslund et al., 2017).

TABLA 1
INTERVENCIONES REMOTAS Y PERFIL
DE INTERVENTORES POR GRUPO DE PROBLEMÁTICAS

Grupos de problemas	Intervenciones y modalidades	Técnicas de intervención	Perfiles de interventores
Intervención en crisis 24/7 mediante línea gratuita (800).	<p><i>Intervención en crisis:</i> Manual operativo del Taller Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México (Esquivias et al., 2020).</p> <p><i>Manejo de riesgo suicida:</i> Manual de Linehan (2014). Una a seis sesiones individuales (según gravedad del caso), la mayoría de las veces por vía telefónica.</p>	<p><i>En el manual:</i> Primeros auxilios psicológicos, acompañamiento, activación y desactivación fisiológica, modificación de pensamientos.</p> <p><i>Agregadas por terapeutas de clínicas virtuales:</i> Ventilación, escucha activa, autorrevelación, solución de problemas, atención plena (<i>mindfulness</i>) manejo farmacológico en caso necesario (para trastorno mental identificado), vigilancia estrecha u hospitalización en caso necesario (por exacerbación de trastorno mental grave o alto riesgo suicida).</p>	<p><i>Para intervención en crisis:</i> Psiquiatras o psicólogos clínicos del INPRFM (coordinación: Dra. Elsa Tirado).</p> <p><i>Para el manejo de riesgo suicida, exacerbación de trastornos mentales graves y manejo farmacológico de trastornos mentales comunes o graves:</i> Psiquiatras del INPRFM (coordinación: Dra. Miriam Feria).</p>
<i>Burnout</i> , fatiga por compasión y estrés postraumático	<p>Adaptación del programa de entrenamiento en resiliencia de Mealer et al. (2014) para enfermeras en unidades de terapia intensiva.</p> <p>Sesiones individuales o grupales por videoconferencia.</p> <p>Adaptación del Programa de <i>Mindfulness</i> de Gozalo et al. (2019).</p> <p>Sesiones grupales con horarios preestablecidos vía videoconferencia.</p>	<p>Psicoeducación sobre el tratamiento de resiliencia y los tipos de estresores que enfrenta el personal de salud ante COVID-19.</p> <p>Videos con ejercicios de relajación, respiración y <i>mindfulness</i>.</p> <p>Sesiones de consejería activadas por eventos.</p> <p>Guía para exposición por escritura.</p> <p>Técnicas de respiración, Escaneo corporal, Siendo consiente, Dentro y afuera, <i>Mindfulness</i> en tu mano, Aceptación de la ansiedad, Espíritu y cuerpo.</p>	<p>Psiquiatras o psicólogos clínicos con experiencia en terapia cognitivo conductual y contextual (específicamente <i>mindfulness</i>).</p> <p>Coordinación: Dra. Natasha Alcocer (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán”) y Dra. Janet Real (Instituto Nacional de Salud Pública) junto con un equipo de estudiantes de maestría en psicología de la UNAM para dar sesiones de <i>mindfulness</i>.</p>

Grupos de problemas	Intervenciones y modalidades	Técnicas de intervención	Perfiles de interventores
Ansiedad, distrés corporal y depresión	Adaptación de formato breve de terapia cognitivo conductual estándar para ansiedad y depresión de Beck (Greenberg y Padesky, 1995), y adaptación de intervención cognitivo-conductual para síntomas somáticos sin explicación médica de Botella y Martínez (2012).	<p><i>En el manual:</i> Psicoeducación acerca del modelo cognitivo conductual de la ansiedad, depresión, o distrés corporal; Entrenamiento en respiración diafragmática; Entrenamiento en relajación de pares de músculos de Jacobson; Identificación de pensamientos relacionados (ABC); Modificación de pensamientos (ABCDE); Programación de actividades placenteras o que impliquen logro; Automonitoreo de factores estresantes, inventario y activación de red social, y Reatribución de síntomas benignos y prevención de comprobación de síntomas negativos.</p> <p><i>Agregadas por los terapeutas:</i> Técnicas ACT (ventilación y validación emocional y atención plena: dejar ir pensamientos preocupantes relacionados con el miedo intenso al contagio).</p>	<p>Profesionales de la salud mental acreditados para prestar servicios de salud mental en México, con especialidad en psiquiatría o en psicología clínica, y especialización o maestría en terapia cognitivo conductual.</p> <p>Coordinación: Dra. Leticia Asencio (Instituto Nacional de Cancerología) y Dra. Dulce Díaz (colaboradora de proyecto de investigación en el INPRFM).</p>
Consumo nocivo de sustancias psicoactivas	<p>Adaptación del modelo SBIRT (<i>Screening, brief intervention and referral to treatment</i>), que genera un algoritmo para sistematización de la intervención.</p> <p>Sesiones individuales por vía Zoom.</p>	<p>Tamizaje (AUDIT, DAST), Entrevista motivacional, Consejo breve,</p> <p>Canalización a tratamiento (CIJ).</p>	<p>Profesionales de la salud mental acreditados para prestar servicios de salud mental en México, con especialidad en psiquiatría o licenciatura en psicología clínica, con curso profesionalizante en el tratamiento de adicciones y experiencia en el uso del modelo SBIRT.</p> <p>Coordinación: Dr. Hugo González del INPRFM, y Dr. Francisco Gómez, de Centros de Integración Juvenil.</p>

Grupos de problemas	Intervenciones y modalidades	Técnicas de intervención	Perfiles de interventores
Duelo por fallecimiento de familiar o persona cercana debido a COVID-19	Acompañamiento e intervención con base en el Manual operativo para el acompañamiento del duelo en situaciones especiales durante la pandemia de COVID-19 en México (llevado a cabo por personal del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y el propio INPRFM).	Pautas para el acompañamiento teratológico durante el proceso de duelo de acuerdo con el modelo de William Worden (2013).	Profesionales de la salud mental acreditados para prestar servicios de salud mental en México, con especialidad en psiquiatría o licenciatura en psicología clínica, con curso profesionalizante en el tratamiento de duelo (tanatología). Coordinación: Federación Nacional de Colegios, Sociedades y asociaciones de Psicólogos de México (Fenapsime).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (APA). (2013). *Guidelines for the practices of telepsychology*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Bello-Chavolla, O., Bahena-López, J., Antonio-Villa, N., Vargas-Vázquez, a., González-Díaz, A., Márquez-Salinas, A., Fermín-Martínez, C., Naveja, J. y Aguilar-Salinas, C. (2020). Predicting mortality due to SARS-COV-2: a mechanistic score relating obesity and diabetes to COVID-19 outcomes in Mexico. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(8), 2752-2761.
- Benjet, C., Gutiérrez-García, R., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Durán, M. S., González-González, R., Hermosillo-de la Torre, A., Martínez-Martínez, K., Medina-Mora, M.-E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M. y Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six mexican universities. *Salud Pública de México*, 61(1), 16-26.
- Benjet, C., Wittenborn A., Gutierrez-García, R., Albor, Y., Contreras, E., Hernández, S., Valdés-García, K., Monroy, I., Peláez, Á, Hernández, P., Covarrubias, A., Quevedo, G., Paz-Pérez, M., Medina-Mora, M.-E. y Bruffaerts, R. (2020). Treatment delivery preferences associated with type of

- mental disorder and perceived treatment barriers among mexican university students. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 232-238.
- Botella, C. y Martínez, M. P. (2012). Terapia cognitivo conductual de la hipcondria. En Vicente Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (Vol. 1, pp. 355-402). Siglo XXI Editores de España.
- Brühlhart, M., Klotzbücher, V., Lalive, R. y Reich, S. (2021). Mental health concerns during the COVID-19 pandemic as revealed by helpline calls. *Nature*, 600(7887), 121-126.
- Cabarkapa, S., Nadjidai, S., Murgier, J. y Ng, C. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: a rapid systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity-health*, (8), 100144.
- Campion, J., Javed, A. y Sartorius, N. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 657-659.
- Corpuz, J. (2021). Beyond death and afterlife: the complicated process of grief in the time of COVID-19. *Journal of Public Health*, 43(2), e281-e282.
- Da Silva Neto, R., Benjamim, C., de Medeiros Carvalho, P. y Neto, M. (2021). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104:110062 .
- Djelantik, M., Bui, E., O'Connor, M., Rosner, R., Robinaugh, D., Simon, N. y Boelen, P. (2021). Traumatic grief research and care in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 19577272.
- Eisma, M., Tamminga, A., Smid, G. y Boelen, P. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: an empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, (278), 54-56.
- Esquivias, H., Andrade, C., Vieyra, V., Neria, R., Merlín, I., Álvarez, J. y Bezanilla, J. M. (2020). *Manual operativo del Taller Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México* . Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

- Fond, G., Nemani, K., Etchecopar-Etchart, D., Loundou, A., Golf, D., Lee, S. W., Lancon, C., Auquier, P., Baumstarck, K., Llorca, P. M., Yon, D. K. y Boyer, L. (2021). Association between mood disorders and risk of COVID-19 infection, hospitalization, and death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(10), 1079-1091.
- Guerrero, Benjamín. (2021). *Un servicio de salud mental en línea para estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19*. Congreso Nacional Asociación Psiquiátrica Mexicana 2021, mesa “Atención a la salud mental mediante teleconsultas durante la pandemia por COVID-19”, Acapulco, Guerrero.
- González-Forteza, C., Solís-Torres, C., Juárez-García, F., Jiménez-Tapia, A., Hernández-Fernández, G., Fernández-Varela, G. H., Mejía, H. y Medina-Mora, M.-E. (2019). Depressive disorder and psychosocial indicators in high school and college students from Mexico City: data from two censuses. *Salud Mental*, 42(5), 243-249.
- Gozaló, R. G, Tarrés, J. F., Ayora, A. A., Herrero, M.A., Kareaga, A. A. y Roca, R. F. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207-216.
- Greenberg, D. y Padesky, C. (1995). *Mind over Mood: a cognitive therapy treatment manual for clients*. Guilford Press.
- H. Congreso de la Unión (2017). Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 10 de julio de 2020. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>
- Ho, C., Chee, C. y Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annual of the Academy of Medicine of Singapore*, 49(1), 1-3.
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). “Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic”. *The Journal of Pediatrics*, (221), 264-266.
- Karney, B. (2021). Socioeconomic status and intimate relationships. *Annual Review of Psychology* (72), 391-414.
- Landa-Ramírez, E., Sánchez-Cervantes, C. T., Sánchez-Román, S., Urdapilleta-Herrera, E. d. C., Basulto-Montero, J. L. y Ledesma-Torres, L. (2021).

- Clinical Psychology during COVID-19: experiences from six frontline hospitals in Mexico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 143-155.
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills training handouts and worksheets*. Guilford Publications.
- Liu, Y. H., Yang, H. N., Liu, H. L., Wang, F., Hu, L. B. y Zheng, J. C. (2013). Medical rescue of China National Earthquake Disaster Emergency Search and Rescue Team in Lushan earthquake. *Zhonghua wei zhong bing ji jiu yi xue*, 25(5), 265-267.
- Liu, X., Zhu, M., Zhang, R., Zhang, J., Zhang, C., Liu, P., Feng, Z. y Chen, Z. (2021). Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Translational Psychiatry*, 11(1), 384.
- Lloyd-Sherlock, P., Kalache, A., McKee, M., Derbyshire, J., Geffen, L. y Gómez-Olive, F. (2020). WHO must prioritise the needs of older people in its response to the COVID-19 pandemic. *British Medical Journal*, 368(m1164).
- Low, J. y Wilder-Smith, A. (2005). Infectious respiratory illnesses and their impact on healthcare workers: a review. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 34(1), 105-110.
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R. y Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (126), 252-265.
- Mazza, M., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P. y COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study Group (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, (89), 594-600.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. y Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014747>
- Medina-Mora, M.-E., Guerrero, B., De la Fuente, P., Guerrero, A. L., Camacho, J., Campos, M., Tafoya, A. y Cordero, M. (2021). *Trastornos mentales en personas que solicitaron ayuda en época de COVID*. Congreso Nacional

- Asociación Psiquiátrica Mexicana 2021, mesa “Atención a la salud mental mediante teleconsultas durante la pandemia por COVID-19”, Acapulco Guerrero.
- Morales-Chainé, S., López, A., Bosch, A., Beristain-Aguirre, A., Escobar, G., Robles, R. y López, F. (2021). Condiciones socioeconómicas y de Salud Mental durante la Pandemia por COVID-19. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(2), 5-23.
- Morales-Chainé, S., López A., Bosch A., Beristain-Aguirre, A., Robles, R., Garibay, C., Astudillo, C., Lira, I. y Rangel M. G. (2021). Mental health symptoms, binge drinking, and the experience of abuse during the COVID-19 lockdown in Mexico. *Frontiers in Public Health*, 9, 656036.
- Nalleballe, K., Onteddu, S., Sharma, R., Dandu, V., Brown, A., Jasti, M., Veerapaneni, K., Siddamreddy, S., Avula, A., Kapoor, N., Mudassar, K. y Kovvuru, S. (2020). Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, (88), 71-74.
- Naslund, J., Aschbrenner, K., Araya, R., Marsch, L., Unützer, J., Patel, V. y Bartels, S. (2017). Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 486-500.
- Owen, L. (2020). *Five ways the coronavirus is hitting women in Asia*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/world-asia-51705199>.
- Paterson, R., Brown, R., Benjamin, L., Nortley, R., Wiethoff, S., Bharucha, T., Jayasselan, D., Kumar, G., Raftopoulos, R., Zambreau L., Vivekanandam V., Khoo, A., Geraldles, R., Chinthapalli, K., Boyd, E., Tuzlali, H., Price, G., Christofi, G., Morrow, J,... y Zandi, M. (2020). The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain*, 143(10), 3104-3120.
- Quittkat, H., Düsing, R., Holtmann, F.-J., Buhlmann, U., Svaldi, J. y Vocks, S. (2020). Perceived impact of COVID-19 across different mental disorders: a study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior. *Frontiers in Psychology*, (11), 586246.
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J.,

- Spoorthy, M., Pratapa, S. y Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic. A review. *Asian Journal of Psychiatry*, (51), 102119.
- Stankovska, G., Memedi, I. y Dimitrovski, D. (2020). Coronavirus COVID-19 disease, mental health and psychosocial support. *Society Register*, 4(2), 33-48.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. y Harrison, P. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
- Tang, S. y Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization and Health*, 17(1), 1-9.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H.,... Kessler, R. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124.
- Toubasi, A., AbuAnzeh, R., Tawileh, Hind B., A., Aldebei, R. y Saif, A. (2021). A meta-analysis: The mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders. *Psychiatry Research*, (299), 113856.
- United Nations (2020). *COVID-19 and the need for action on mental health*. UN Executive Office of the Secretary-General (EOSG) Policy Briefs and Papers. <https://doi.org/10.18356/13fff923-en>
- Van Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M., Crum, A., Douglas, K., Druckman, J., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E., Fowler, J., Gelfand, M., Han, S., Haslam, A., Jetten, J., Kitayama, S.,... Willer, R. (2020). Using social and behavioural

- science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471.
- Vindegaard, N. y Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, (89), 531-542.
- Wan, Y., Wu, J., Ni, L., Luo, Q., Yuan, C., Fan, F., Liu, H., Zhang, C., Xiang, Y. y Xie, Q. (2020). Prognosis analysis of patients with mental disorders with COVID-19: a single-center retrospective study. *Aging*, 12(12), 11238.
- Wang, Q., Xu, R. y Volkow, N. (2021). Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry*, 20(1), 124-130.
- Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- World Health Organization (WHO) y Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.
- Yao, H., Chen, J.-H. y Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4): e21.
- Zhang, W.-R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-F., Xue, Q., Peng, H.-X., Du, J.-L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T.-T., Dong, H.-G., Han, Y., Wang, Y.-P., Cosci, F. y Wang, H.-X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250.

Tomo 5

La década COVID en México

Salud mental, afectividad y resiliencia



Este volumen ofrece estudios alrededor de las emociones, sentimientos y afectaciones psicológicas a consecuencia de la contingencia sanitaria. Reúne aportaciones de la psicología y la filosofía, cuyo común denominador es la comprensión del fenómeno y la obtención de lecciones útiles para el futuro.

En principio, presenta los retos enfrentados en relación con la salud mental pública, las fuentes de estrés y las estrategias de afrontamiento, así como las formas de atención a distancia. Describe las contribuciones centradas en la salud mental de niñas y niños, los obstáculos en procesos educativos y las causas de malestar psicológico. Además, muestra un paisaje completo sobre el consumo de sustancias psicoactivas y un retrato del fenómeno del suicidio examinando definiciones, modelos explicativos, así como factores de riesgo y protección.

Finalmente, ofrece una comprensión filosófica del tiempo en que alguien llega a saber que morirá y explica la forma en que la filosofía estoica de la Antigüedad daba respuesta al problema del mal. Analiza el miedo colectivo a partir de una concepción del sufrimiento desde las poblaciones y un análisis filosófico de las expresiones de solidaridad en tiempos de la emergencia sanitaria.



SECRETARÍA GENERAL

Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS
Dirección General de Comunicación Social



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES