

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)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

COORDINADORES DE LA COLECCIÓN

Dra. Guadalupe Valencia García
Coordinadora de Humanidades

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Mtro. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

CON LA COLABORACIÓN DE

Mtra. Yuritzí Arredondo Martínez
Secretaria Técnica-Coordinación de Humanidades

COORDINADORES DEL TOMO 5

Dra. María Elena Medina Mora
Directora de la Facultad de Psicología

Dra. Olbeth Hansberg
Profesora e investigadora del Instituto de Investigaciones Filosóficas (IIFS)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ EDITORIAL

Dra. María Elena Medina Mora
Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Patricia Bermúdez Lozano
Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Dolores Rodríguez Ortiz
Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Lizbeth Vega Pérez
Facultad de Psicología, UNAM

Dr. Bernardo Turnbull Plaza
Universidad Iberoamericana

Dr. Héctor Esquivias Zavala
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Dra. Irma Yolanda del Río Portilla
Facultad de Psicología, UNAM

La década COVID en México:
los desafíos de la pandemia
desde las ciencias sociales y las humanidades

Tomo 5

Salud mental, afectividad y resiliencia

La década COVID en México:
los desafíos de la pandemia
desde las ciencias sociales y las humanidades

Tomo 5

Salud mental, afectividad y resiliencia

María Elena Medina Mora
Olbeth Hansberg
(Coordinadoras)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Coordinación de Humanidades
Facultad de Psicología
Instituto de Investigaciones Filosóficas

2023

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 Domínguez</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 Lydia 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

La década COVID en México: los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades

PRESENTACIÓN

La emergencia sanitaria a nivel global causada por el virus SARS-COV-2 y sus variantes es una de las más grandes y complejas crisis globales de los últimos cien años. En apenas unos meses, paralizó al mundo y puso en jaque a los sistemas de salud más sólidos y sofisticados, además de golpear severamente las principales actividades económicas, educativas, culturales y sociales, sin distinción de clases o fronteras.

México no fue la excepción y atravesó por momentos aciagos y muy dolorosos. De acuerdo con los datos oficiales de exceso de mortalidad, la pandemia cobró, entre 2020 y 2022 —directa e indirectamente—, más de 650 000 vidas (casi 80 % asociadas al COVID-19)¹ y enfermó a millones de mexicanas y mexicanos. Debido a una merma de infraestructura, el sistema nacional de salud estuvo cerca del colapso. Aunado a esto, a pesar de ser un fenómeno sanitario generalizado, golpeó fuertemente a las poblaciones más vulnerables: la pobreza, el hacinamiento, la desigualdad y la violencia intrafamiliar, en particular contra las mujeres, se acentuaron.

¹ Gobierno de México. (2023). *Exceso de mortalidad en México, 2020-2023*. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>

Ante este panorama, la UNAM nunca se detuvo y volcó todas sus capacidades y talentos para ayudar, mediante el rigor de la academia y la solidaridad de su comunidad, en la contención de la crisis sanitaria. Para ello se tuvo que adaptar, adecuar e innovar en todas las áreas de docencia, investigación y difusión de la cultura.

De ahí deriva la importancia de esta obra, titulada *La década COVID en México: los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades*, una colección de quince títulos que analizan a profundidad, de manera interdisciplinaria, los impactos de la pandemia. Estos van desde la insuficiencia del sistema de salud; los retos para los modelos educativos; el aumento de la desigualdad y la precariedad laboral; la falta de atención a la salud mental y la violencia de género; hasta la urgente atención al deterioro del medio ambiente; las acciones para cerrar la brecha digital; la necesaria continuidad de la democracia; las nuevas habilidades profesionales para el futuro, entre otros.

Si bien el inicio de la década a la que hace referencia esta obra está irrevocablemente marcada por este evento global, su evolución y postrimerías están repletas de efectos aún por conocer, muchos de ellos no deseados. Otros, sin embargo, representarán oportunidades únicas e invaluable para repensar y corregir las estrategias de desarrollo equitativo, justicia y adaptación que demandan los nuevos tiempos.

Agradezco el compromiso y dedicación de todas y todos los especialistas de nuestra casa de estudios que tuvieron a bien participar, con el conocimiento y experiencia de sus distintas especialidades, en la construcción de este profundo y sentido testimonio.

Estoy seguro de que estos análisis, reflexiones y memorias serán de enorme utilidad para el futuro próximo de nuestro país y están llamados a convertirse en un referente para la toma de decisiones ante eventuales emergencias sociales, ambientales y sanitarias.

“Por mi raza hablará el espíritu”

Dr. Enrique Graue Wiechers

Rector

Universidad Nacional Autónoma de México

Prólogo

Guadalupe Valencia García
Coordinación de Humanidades, UNAM
Leonardo Lomelí Vanegas
Secretaría General, UNAM
Néstor Martínez Cristo
Dirección General de Comunicación Social, UNAM

La pandemia de SARS-COV-2, un acontecimiento global, impactó en todas las esferas de nuestra vida. Lo que inicialmente se anunció como una nueva gripa se transformó pronto en una emergencia humanitaria sin precedentes. En tan solo unos meses paralizó al planeta, sacudió los sistemas de salud más robustos, y ha dejado profundas secuelas sociales, económicas, políticas, psicológicas y culturales, por lo que hoy estamos ante lo que se ha dado en llamar la década COVID.

Nuestro país no escapó al desastre. Se estima que entre los años 2020 y 2022 la pandemia cobró más de seiscientos cincuenta mil vidas y enfermó a millones de personas de todos los estratos sociales, en particular a las poblaciones más vulnerables debido a la pobreza, las desigualdades y la violencia intrafamiliar. La menguada infraestructura del sistema nacional de salud estuvo cerca de sucumbir.

En este contexto, la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Coordinación de Humanidades, se dio a la tarea de construir una reflexión colectiva sobre las consecuencias de la pandemia en nuestra sociedad. A partir de un enfoque interdisciplinario, en esta colección, las ciencias sociales y las humanidades se ponen en diálogo con las ciencias de la materia y de la vida. Los resultados expuestos en cada tomo provienen de profundas

investigaciones y reflexiones que, además de dar cuenta de las múltiples afectaciones sufridas a causa de la pandemia, ofrecen propuestas de salida y superación de la emergencia multifactorial causada por el SARS-COV-2.

Cabe señalar que muchas de estas investigaciones no comenzaron con la presente colección, sino que ya contaban con un camino recorrido. Esto debido a que, a pesar del confinamiento y del trabajo remoto, la Universidad Nacional no se detuvo. Sus investigadores se abocaron, desde la óptica de sus respectivas especialidades, a comprender la pandemia: su desarrollo, sus consecuencias en los diversos aspectos de la vida, sus secuelas y, por supuesto, las maneras de enfrentarlas. Es destacable el trabajo de nuestra casa de estudios en la construcción de grandes repositorios digitales, pues sin estas herramientas las investigaciones no hubieran sido tan originales y ricas.

Para ofrecer al lector una visión completa de la colección, se pueden ubicar siete grandes ejes temáticos que articulan: economía; derecho; género; poblaciones y sustentabilidad; salud y medio ambiente; filosofía y educación, y, finalmente, las enseñanzas que nos ha dejado la pandemia y los derroteros intelectuales hacia el futuro.

El tomo 1, titulado *Pandemia y desigualdades sociales y económicas en México*, ofrece una visión informada sobre los diversos fenómenos relacionados con las desigualdades y cómo se vieron afectados por el COVID-19. La pandemia puede ser vista como una grave emergencia sanitaria que, a su vez, visibilizó y potenció, a un tiempo, la trama de las desigualdades estructurales en nuestro país. A lo largo de sus capítulos se abordan aspectos relacionados con el crecimiento económico regional, los ingresos, el empleo remunerado y no remunerado, la desigualdad salarial, el teletrabajo, la violencia de género, la población indígena, las juventudes vulnerables y las políticas públicas regionales.

El tomo 2, titulado *El mundo del trabajo y el ingreso*, estudia lo acontecido con el mercado laboral mexicano en la contingencia sanitaria. Entre otros temas, aborda las condiciones de trabajo de algunas nuevas formas del empleo en contextos de precariedad y flexibilidad laboral; asimismo, analiza los rasgos y vicisitudes del trabajo en nuestro país para aportar recomendaciones de política pública orientadas a generar mejores condiciones laborales.

Las *Afectaciones de la pandemia a las poblaciones rurales en México* es el título del tomo 3 y parte de un segundo eje temático que se ocupa de las poblaciones y la sustentabilidad en el contexto de pandemia. Este tomo presenta estudios de caso realizados en diversas poblaciones rurales en territorio nacional; en ellos se muestra que los costos de la pandemia no afectaron de igual manera a distintos grupos de población. Las investigaciones reunidas demuestran que algunas comunidades han experimentado procesos estructurales históricos de exclusión y desigualdad. Otra aportación de este tomo fue destacar las estrategias y fortalezas, objetivas y subjetivas, que se conservan en la memoria de las poblaciones rurales para enfrentar periodos de crisis desde sus propias experiencias durante los últimos tres años.

Dentro de este eje temático se enmarca el tomo 6, *Los imaginarios de la pandemia*, donde confluyen trabajos dedicados a mostrar las formas de percepción y de actuación de diversos sujetos en el contexto de la crisis sanitaria. Se presta especial atención a las transformaciones en los imaginarios relativos al tiempo y al espacio en el cual los sujetos se perciben a sí mismos y al mundo circundante en el contexto de la pandemia; a sus visiones del presente y del futuro, sus narrativas, y sus formas de afectividad. La importancia de su estudio radica en que revelan una parte significativa del comportamiento gregario construido en el desenvolvimiento consciente o inconsciente de las comunidades y los sujetos que las conforman.

El tercer título en este eje temático corresponde al tomo 12, *Ciudades mexicanas y condiciones de habitabilidad en tiempos de pandemia*. La emergencia transformó rápidamente el modo de vida en las ciudades y se hizo imperativo reflexionar sobre la necesidad de impulsar, desde los distintos niveles de gobierno, nuevas políticas económicas, sociales y urbanas que permitieran construir ciudades sostenibles y saludables. La pandemia exigió redefinir el uso del espacio privado, condicionó al extremo el uso del espacio público, puso de manifiesto las limitaciones del sistema de salud y de la seguridad social y, al tiempo que generó un fuerte incremento de la pobreza y produjo una ampliación de las desigualdades tanto socioeconómicas como territoriales.

El tomo 4, titulado *Estado de derecho*, se integra en el eje temático sobre el derecho y la pandemia. Su objetivo es contribuir a la comprensión de las

repercusiones de la pandemia en el Estado de derecho mexicano, poniendo particular atención en la manera en la que se aplica el derecho convencional por parte del Estado en la gestión de la emergencia sanitaria y la necesaria existencia de contrapesos y controles constitucionales en relación con las medidas adoptadas para afrontar la pandemia.

Dicho eje temático integra también el tomo 7: *Derechos humanos*. Los trabajos reunidos ofrecen un análisis de los diversos efectos que la pandemia ha tenido en algunos de los más importantes derechos de las personas, en particular los relacionados con la salud, el acceso a las vacunas, a la educación, al trabajo y a la seguridad social, además del derecho a una vida libre de violencia. Las reflexiones ahí vertidas dan cuenta de algunas propuestas de políticas públicas que pueden servir como una guía de acción para que los distintos niveles de gobierno aumenten la protección de los derechos humanos en tiempos de contingencia sanitaria.

El tomo 8, *Democracia en tiempos difíciles*, analiza los efectos de la pandemia en los procesos de toma de decisión pública en nuestro país, aunque considerando también la perspectiva comparada. Los trabajos aquí incluidos pretenden comprender las repercusiones que la pandemia produjo en el régimen democrático, tanto en sus dimensiones institucionales como en las procesuales. Además, busca detectar los retos y oportunidades para la acción de gobierno, las inercias en las formas de gobernar, así como las tendencias que se configuran a partir de la contingencia y que podrán definir el futuro del país.

El tema referido a la salud y al medio ambiente en el contexto de la pandemia es revisado en los tomos 5, 13 y 14. *Salud mental, afectividad y resiliencia* es el título del tomo 5, que reúne aportaciones desde la psicología y la filosofía para ofrecernos estudios en torno a las emociones, los sentimientos y las afectaciones psicológicas desencadenadas por la contingencia sanitaria. Describe las afectaciones a la salud mental de niñas y niños, los problemas emocionales 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 y factores tanto de riesgo como de protección. Finalmente, se presenta un

importante análisis sobre el miedo colectivo y su combate a partir de expresiones de solidaridad en contingencias.

En el tomo 13, titulado *La crisis sanitaria*, se reúnen testimonios en primera persona de profesionales de la salud que hicieron frente a la pandemia en México. Con esas voces intenta construir una visión integral desde las perspectivas de los especialistas involucrados en las primeras líneas de acción. Sin duda, la contribución fundamental del tomo es dimensionar la complejidad del fenómeno de la emergencia, pues superó cualquier pronóstico. Con esto en mente, parte desde reflexiones subjetivas, lecturas críticas y propositivas, acompañadas de un conjunto de análisis con rigor metodológico.

Por su parte, el tomo 14, *Ecología, medio ambiente y sustentabilidad*, analiza la relación de la pandemia con las actividades antropogénicas y los cambios climáticos, demográficos y tecnológicos que marcaron un cambio en los factores de riesgo ante las enfermedades infecciosas. Se basa en la comprensión de que enfermedades como la COVID-19 serán cada vez más frecuentes debido a factores como la destrucción de los ecosistemas naturales, la urbanización, la intensificación de la agricultura, la industrialización y el cambio climático. Estas enfermedades se propagan inesperadamente a sitios donde antes no ocurrían, gracias a los cambios en los patrones de distribución geográfica de las especies patógenas y a su rápida dispersión relacionada con la gran conectividad global. El tomo tiene por objetivo mostrar cómo el desarrollo de las pandemias tiene una profunda relación con la destrucción de la naturaleza y la pérdida de la biodiversidad.

El género y la pandemia es otra línea destacada de estudio en la colección. El tomo 9, *Género, violencia, tareas de cuidado y respuestas sociales a la crisis*, ofrece diversos acercamientos al tema del cuidado como hecho fundamental para contribuir a la mejora por los daños que causan las desigualdades que violentan nuestra sociedad, agravados en un marco de pandemia. Parte del reconocimiento de que el concepto de *cuidado* ha cobrado relevancia analítica en las discusiones políticas, académicas e institucionales. A su vez, subraya el papel del Estado en la construcción de sistemas de cuidados, el valor de las comunidades que lo enfrentan cada día, de la sociedad civil que

cuida generaciones y el medio ambiente, de las y los creadores que protegen la palabra y la memoria. Del mismo modo, ubica las fuerzas contenidas y alerta, en clave de género, ante la necesidad de cuidados diversos e integrales que nos permitan construir una sociedad igualitaria, incluyente y respetuosa de los derechos humanos.

Otro eje temático articulador es el referido a la filosofía, educación y pandemia. Aquí se ubica el tomo 10, *Educación, conocimiento e innovación*. En este se reúnen trabajos que revisan la experiencia educativa mexicana durante la contingencia, y la puesta en marcha de diversas estrategias que buscaron no interrumpir los procesos educativos. Además, pone atención en la presencia de efectos negativos, pues las necesidades que surgieron en la pandemia se sumaron a las problemáticas que ya se padecían en este campo, incluso en la docencia. La intención de estos trabajos es enriquecer la discusión sobre la manera en que se transformó la educación, sus consecuencias, retos y posibles escenarios a futuro.

Reflexiones desde la ética y la filosofía es el título de tomo 11. Este libro expone la idea de que podemos y debemos pensar a raíz de lo que hemos vivido en estos últimos años de pandemia, partiendo de que no existe una sola respuesta a pregunta alguna relacionada con la experiencia vivida. Incorpora también la reflexión desde una perspectiva ética y bioética, vetas de la filosofía de enorme valía para pensar las situaciones críticas que se presentaron en esta aciaga época de nuestra existencia.

Cierra la colección el tomo 15, *Las enseñanzas de la pandemia*, una visión amplia de los catorce títulos que le preceden. Integra sus aportes y los coloca en un diálogo interdisciplinario. Este tomo se nutre también del seminario “La década COVID en México”, evento académico en el que las y los coordinadores de los catorce tomos presentaron los contenidos de cada uno de ellos y las propuestas formuladas para solventar las terribles secuelas que nos ha dejado la pandemia. Este tomo pretende englobar una visión de conjunto y comprender la necesidad de las reflexiones desde la articulación virtuosa de diversos análisis y discusiones vertidas en cada uno de los catorce ejemplares de la colección.

Las investigaciones que aquí se presentan nos han demostrado también que estamos en un momento y un lugar idóneos para llevar a cabo nuestros estudios. Momento ideal porque apenas comenzamos a atestiguar la materialización de las secuelas de la pandemia, pues, como bien apunta el título, los estragos de esta crisis seguirán arrastrándose durante una década o más; lugar ideal porque la capacidad científica interdisciplinaria presente en la UNAM permite realizar estudios, análisis, reflexiones y debates situados siempre desde posturas metodológicas serias y rigurosas comprometidas con la sociedad mexicana para buscar senderos de salida a la crisis que nos afecta desde 2020 y que seguiremos padeciendo por unos años más.

Introducción: Salud mental, afectividad y resiliencia

La enfermedad por COVID-19 fue declarada pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. Esta enfermedad todavía afecta nuestra salud física y emocional, tanto individual como grupalmente, pues modificó la forma en que vivíamos y nos relacionábamos. A lo largo de este tiempo, hemos experimentado miedo, ansiedad, sufrimiento, soledad y frustración. Además, se acentuó todavía más la enorme y constante desigualdad en nuestro país y se incrementó la violencia familiar y de género. Se amplió la brecha tecnológica, así como la calidad y capacidad de comprensión de la información disponible. Corrieron noticias falsas, teorías conspiratorias e invenciones sin sentido.

Al inicio de la pandemia se desconocía completamente cómo se transmitía el virus SARS-COV-2, así como sus efectos en la salud humana. La carencia de conocimiento y la incipiente coordinación ocasionó que los organismos internacionales y gobiernos federales y estatales implementaran medidas un tanto erráticas. Un ejemplo de ello fue que se dieron instrucciones poco estandarizadas que dependían de la capacidad de los sistemas sanitarios de cada país, del poder económico y de la información que cada uno juzgó pertinente. Aunque los científicos reaccionaron con una rapidez sorprendente en cuanto a la caracterización del virus y el desarrollo de vacunas, las políticas adoptadas por los gobiernos variaron, por ejemplo, respecto a la política de adquisición y aplicación de pruebas, en el uso del cubrebocas, la imposición de aislamiento y de distanciamiento social, entre otras medidas.

La consecuencia fue un desencadenamiento de varios problemas sociales y de salud mental.

A las numerosas experiencias desafiantes que trajo la pandemia, se sumaron las dificultades estructurales de orden social y económico. La desesperación por no encontrar lugar en los hospitales, la angustia generada por la escasez de tanques de oxígeno, de medicinas e incluso de equipos de protección para el personal de salud se acentuó trágicamente en los países de menores niveles de ingreso y agudizó los problemas en sus economías. Ciertamente, la pandemia afectó a los grupos sociales más vulnerables. Los niños, los adolescentes, las mujeres y los adultos mayores vivieron la pandemia de distintas maneras; asimismo, los diversos sectores socioeconómicos enfrentaron situaciones más o menos graves. Un ejemplo fue que una gran cantidad de personas se vio obligada a ponerse en riesgo para poder seguir manteniendo a sus familias. En general, creció la pobreza.

Por otro lado, la pandemia golpeó la salud mental, pero también permitió descubrir nuevos y distintos afectos. Trasladar el foco de atención a la afectividad permite aprender lecciones en torno a cómo enfrentar riesgos colectivos de salud, pero también brinda la oportunidad de reflexionar sobre los sentires de las poblaciones: entender aspectos comunes de la vida social que también están relacionados con el bienestar humano. En la expresión de emociones y sentimientos, hay oportunidades importantes para la solidaridad, el estrechamiento del tejido social y la resiliencia.

Expresiones de solidaridad nunca antes experimentadas tuvieron lugar en el contexto de la pandemia, lo que generó un gran optimismo respecto a la sociedad que seríamos luego de que llegara el final del flagelo. Sin embargo, el paso del tiempo y los indicadores en múltiples niveles han ido menguando esa apreciación, y actualmente el panorama luce diferente. Lo cierto es que las sociedades enfrentamos retos profundos de cuya solución depende el bienestar de millones de personas. Diversas formas del pensamiento contemporáneo apuntan a repensar esas colectividades que también nos constituyen, y ha quedado claro que los desafíos sociales deben ser encarados conjuntamente.

Desde un inicio, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha tenido una participación activa y crucial al aportar los frutos de

la investigación científica de vanguardia que realiza, junto con la de otras disciplinas. Se desarrollaron programas de difusión para público general, seminarios académicos y clases virtuales. También brindó soporte material y tecnológico a los estudiantes, apoyo psicológico y de terapias pulmonares a la comunidad. Participó en la formación de centros y hospitales COVID, y se formó un grupo de especialistas que marcaron políticas de salud física y mental con el fin de regular la manera de mantenernos sanos, seguros y activos. Desde la UNAM también se contribuyó al proyecto filosófico de esclarecer nuestros vínculos de dependencia colectiva, cuyo objetivo es promover mejores formas de entendernos y organizarnos.

En este volumen de la colección *La década COVID en México*, reunimos resultados académicos en los campos de la psicología y de la filosofía que versan en torno a la salud mental, afectividad y resiliencia. Proponemos un recorrido por las investigaciones, estudios, respuestas y reflexiones planteadas como iniciativas de investigación universitaria frente a la contingencia sanitaria, en especial, aquellas que se dedicaron a los aspectos psicológicos y emocionales de la crisis. Las contribuciones que hemos compilado provienen tanto de campos de estudio empírico e intervención, como de perspectivas teóricas y filosóficas. El objetivo del libro es mostrar la aportación universitaria a la comprensión e intervención de la afectividad en tiempos de pandemia.

El distintivo de este volumen es su carácter multidisciplinario. La convergencia de disciplinas diversas para al bienestar emocional son importantes. Ante la complejidad de los retos enfrentados, nos planteamos una serie de preguntas referentes a si se podrían haber evitado ciertas dificultades que nos siguen agobiando —y de qué manera se hubiera logrado—, y qué otros saberes y especialidades deberían haberse tomado en cuenta para paliar o minimizar el tipo de aflicciones psicológicas que ahora predominan.

Presentamos a continuación un breve resumen de lo que tratan los capítulos de este libro.

La primera sección, *Salud mental, adaptación y secuelas*, reúne contribuciones que abordan, de manera general, temas relacionados con la salud mental y bienestar emocional. El capítulo 1, “Trastornos mentales en la pandemia”,

ofrece un panorama internacional y local respecto a los retos más importantes que enfrentan nuestras sociedades en términos de salud mental pública. Habla de los trastornos mentales entendidos como una pandemia paralela, se ofrecen los resultados de estudios de monitoreo de la salud mental de la población mexicana y describe varias de las iniciativas formuladas desde la UNAM —junto con otras instituciones— para la atención de la población en este sentido.

En el capítulo 2, “La adaptabilidad psicológica en condiciones de cuarentena y pandemia”, se explican las diversas fuentes de estrés que se han experimentado durante la pandemia y las maneras en que las personas las han afrontado. La pandemia modificó radical y de manera diversificada la condición de vida de la gran mayoría de la gente, lo cual provocó un aumento de los niveles de ansiedad y depresión a nivel global; esto planteó desafíos y estrategias de asistencia, como la atención psicológica a distancia. Se hace un recorrido por la evidencia que respalda a este tipo de intervenciones y la experiencia que ha tenido el grupo de Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM en esta clase de intervenciones a diversos sectores de la población, incluido el personal de salud.

En el capítulo 3, “Salud mental, secuelas neuropsiquiátricas y COVID-19: panorama nacional”, se habla acerca de las afectaciones a la salud mental producidas por la enfermedad. Se hace un recuento de las secuelas en los enfermos de COVID-19, pero también en otros grupos poblacionales, como niños, jóvenes, adultos en el ámbito laboral y adultos mayores. Se presenta un panorama optimista acerca de la atención psiquiátrica a distancia, un cambio de paradigma que se plantea como una opción frente a la cada vez más creciente demanda de atención a la salud mental.

La segunda sección, *Afectaciones a la infancia*, ofrece dos contribuciones centradas en la investigación y trabajo de atención a la salud mental de niñas y niños. En el capítulo 4, “Afectaciones en el desarrollo infantil y pérdida de aprendizajes durante el confinamiento”, se analizan los distintos obstáculos que tuvieron que enfrentar los infantes en sus procesos educativos. Esta población estuvo bajo riesgos particulares habida cuenta que tuvo que sobrellevar diversas expresiones de violencia intrafamiliar, la interrupción de

hábitos saludables y el uso excesivo de tecnologías digitales. Los autores ofrecen un panorama nacional e internacional al respecto.

En el capítulo 5, “Salud mental en niños e intervenciones en tiempos de COVID-19”, exponen cómo infantes de diversas edades encontraron desafíos particulares en medio de la emergencia sanitaria. El aislamiento de los padres, amigos y maestros, el miedo al contagio, la falta de espacio personal, el aburrimiento y las dificultades en la educación estuvieron entre las principales causas de padecimientos psicológicos. Se presentan los programas de intervención que se implementaron desde la maestría en Psicología con residencia en Psicoterapia Infantil, de la Facultad de Psicología de la UNAM, y concluyen al señalar los principales desafíos que identifican en la intervención de la salud pública infantil durante la pandemia.

En la tercera sección, *Consumo de sustancias y suicidio*, se reúnen tres trabajos en torno a estos problemas de salud mental. El capítulo 6, “El consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la pandemia”, ofrece un panorama completo del consumo y abuso de sustancias durante la pandemia. A pesar de la expectativa inicial de que disminuiría el consumo de sustancias debido al aislamiento, a la limitación en transporte y al cierre fronterizo, se advirtió que las personas obtuvieron rápidamente sustancias psicoactivas. Se describen las formas en que determinantes sociales del consumo han aumentado; se centran en la población juvenil y describen la respuesta de la UNAM para atender el riesgo en la población de bachillerato y secundaria.

En el capítulo 7, “Uso de sustancias psicoactivas en la comunidad universitaria: riesgos antes y durante la pandemia de COVID-19”, se describe la amplia situación de consumo de sustancias en la comunidad universitaria, su contexto, un análisis de la variación durante la pandemia, así como investigaciones e intervenciones realizadas desde la Facultad de Psicología de la UNAM.

En el capítulo 8, “Suicidio y pandemia, una realidad silenciosa. Abordaje del comportamiento suicida en el contexto de la pandemia por COVID-19”, se hace un retrato detallado del fenómeno del suicidio. Se examinan definiciones clave, modelos de explicación basados en la evidencia, prevalencias a nivel local y global, epidemiología del fenómeno, así como factores de

riesgo y de protección. Asimismo, se describen estrategias para la prevención e intervención de este fenómeno durante la pandemia, al igual que modelos de atención, evaluación y manejo colaborativo de riesgos de suicidio.

En la cuarta sección, *Respuestas al sufrimiento y la muerte*, consignamos iniciativas desde la reflexión filosófica. El capítulo 9, “Mictlán: vivir la propia muerte”, comparte una noción filosófica de la experiencia de una persona que sabe que su muerte se acerca. El tema de la muerte llegó a la discusión pública por la frecuencia con que se vivieron las invaluable pérdidas humanas a causa de la COVID-19. En este capítulo, se plantean asuntos acerca de la metafísica de quiénes somos y se discuten temas de filosofía mexicana contemporánea junto con problemas clásicos de la filosofía de la muerte. Su trabajo no solo busca describir el paisaje afectivo de quien conoce que su final se aproxima, sino, también, ofrecer fuentes de consuelo intelectual para quien, con certeza, morirá pronto.

En el capítulo 10, “Dios mío, ¿por qué nos has abandonado?. El problema del mal según el estoicismo tardío”, se explica la forma en que la filosofía estoica de la antigüedad daba respuesta al problema del mal, esto es, por qué a las personas les suceden desgracias, como las tragedias, los crímenes atroces e, incluso, las pandemias, si es que existe una entidad divina buena, que todo lo sabe y todo lo puede. Se extraen lecciones de esa sabiduría de la antigüedad para nuestro propio caso en la pandemia, y se ofrece una comprensión de las fuentes de sufrimiento en la vida humana para tomarlas como oportunidad para el desarrollo de la virtud.

En la quinta sección, *Sentires colectivos para la resiliencia*, reunimos tres aportaciones desde la investigación filosófica que procura entender cómo la afectividad colectiva da indicios para la reconstrucción social. En el capítulo 11, “Éramos personas. Reflexiones en torno a la dimensión colectiva de las emociones durante la pandemia”, se formula un análisis respecto a la forma en que se conformó un miedo colectivo a partir de las políticas de mitigación de la enfermedad, instrumentadas por los Estados. Se trata el papel protagónico de saberes, como la salud pública, la epidemiología y la biomedicina en la implementación de tales medidas. Desde su perspectiva, las formas de miedo producidas trajeron desarticulación y ruptura en el tejido social de las

comunidades. Se concluye sugiriendo formas de entender la atención y los cuidados que difieren de aquellas que aquí se cuestionan.

En el capítulo 12, “El valor político de la concepción colectiva del sufrimiento en la pandemia”, se argumenta a favor de concebir el sufrimiento como un estado afectivo que le sucede a poblaciones más que a individuos. Al plantear los argumentos, se centran en el valor que tales concepciones tienen en la acción política. Se presenta un estado del arte de la filosofía del sufrimiento en relación con su naturaleza colectiva. Se concluye que al tomar como colectiva una forma de sufrimiento, se facilitan rumbos de intervención social, pues la atención se centra en los intereses grupales.

En el capítulo 13, “Solidaridad y emociones en tiempos revueltos”, se hace acopio de las expresiones de solidaridad extraordinarias que presencia-mos en el tiempo en que transcurrió la emergencia de la pandemia. El foco del análisis filosófico es el asombro que produce el que tales manifestaciones no se presenten en épocas ordinarias. En particular, se pregunta por las condiciones que dan cabida a dichas expresiones con el objetivo de proponer formas en que las sociedades puedan dar estabilidad a estas prácticas solidarias. Su apuesta es por la fraternidad, un ideal jurídico, político y revolucionario que exige el desarrollo de afectos y apoyo mutuo.

Ponemos en las manos del lector un volumen que aún perspectivas acerca de la afectividad humana en tiempos de crisis, tanto del ámbito de la salud y el bienestar como de su dimensión teórica y conceptual.

Esperamos contribuir al mosaico de intervenciones, reflexiones y conceptos que se emitieron desde la comunidad académica de la UNAM como respuesta a las demandas públicas de atención a la situación de emergencia. La razón de ser de los claustros universitarios es responder de manera oportuna y eficaz, y desde ahí dimos forma a este volumen como muestra de esa vocación universitaria.

Olbeth Hansberg

María Elena Medina Mora

Ciudad de México, junio de 2022.

**SALUD MENTAL, ADAPTACIÓN
Y SECUELAS**

Trastornos mentales en la pandemia

1

Rebeca Robles-García⁽¹⁾

Silvia Morales-Chainé⁽²⁾

Benjamín Domínguez⁽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>
<p><i>Burnout</i>, fatiga por compasión y estrés postraumático</p>	<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.

La adaptabilidad psicológica en condiciones de cuarentena y pandemia

2

Juan José Sánchez Sosa⁽¹⁾

El presente capítulo examina varios de los componentes de los problemas de adaptabilidad psicológica en condiciones tanto generales como de la actual pandemia. Se hace énfasis en que las explicaciones del desarrollo de problemas adaptativos y las de su solución por usuarios y por profesionales del comportamiento requieren derivarse del análisis de la investigación científica y de la evidencia sobre efectos de intervenciones (preventivas o asistenciales) sometidas a prueba. Además de antecedentes documentados y dadas las condiciones impuestas por la pandemia, se describen esfuerzos por intervenir a distancia, al considerar algunos aspectos de las desigualdades sociales. Adicionalmente, el capítulo reseña brevemente los resultados de experiencias recientes en la atención a distancia de problemas emocionales e interpersonales atendidos por el grupo de Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM en diversas poblaciones, incluyendo personal de salud.

LA COVID-19 Y SUS MUY DIVERSAS FUENTES DE ESTRÉS

Esencialmente, la adaptabilidad psicológica del ser humano surge del efecto combinado de mecanismos naturales y sociales que regulan el comportamiento.

(1) Facultad de Psicología.

El ajuste a las demandas del ambiente social o físico depende, a su vez, de condiciones que incluyen requerimientos interpersonales, de historia en la familia, ambientales, comunitarios e incluso genéticos. Estos principios y factores, al funcionar con determinismo recíproco, incluyen cuatro grandes grupos de procesos: *a)* las reacciones emocionales, *b)* el carácter realista de convicciones y creencias, *c)* los comportamientos cotidianos que alteran el ambiente (social y físico) de la persona y *d)* una íntima interacción de todos ellos con el funcionamiento biológico del organismo. Todos operan en conjunto para determinar la forma en que el ser humano enfrenta los eventos estresantes de la vida, incluido el infortunio y las catástrofes.

La posibilidad de adaptarse a un mundo siempre cambiante se deriva de las capacidades humanas que exigen las grandes transiciones vitales que generan estrés. Algunas de las transiciones más significativas, desde la óptica del desarrollo humano, incluyen nacer, el nacimiento del primer hermano o hermana, ingresar a la escuela (primer escenario extraño a la familia), los grandes cambios biológicos y sociales de la adolescencia, el inicio de la vida en pareja, el primer empleo u ocupación, el nacimiento del primer hijo o hija, llevar una familia en pareja, la ida de los hijos del hogar, el envejecimiento y sus dolencias, la muerte de parientes y amigos y, finalmente, la cercanía de la propia muerte.

Es claro que hay muchos otros estresores que son menos predecibles y, por tanto, reducen las posibilidades de adaptarse psicológicamente. Las catástrofes, como sismos intensos, y las crisis o emergencias sanitarias, como la actual pandemia causada por COVID-19, son ejemplos notorios.

Así, lo que tienen en común tanto las transiciones vitales relativamente previsibles como los cambios intempestivos en la vida de las personas y las comunidades es que son activas generadoras de estrés. Si bien hay diversas definiciones de estrés, es conveniente no confundirlo con sus consecuencias. En el contexto del funcionamiento psicológico del ser humano, el estrés es la tensión que surge cuando en el ambiente del individuo (externo o interno) ocurre un cambio intenso, invasivo, contundente, potencialmente amenazador y que suele tener dos características: *a)* son cambios relativamente impredecibles y *b)* demandan una adaptación inmediata, drástica y radical para la cual no siempre los individuos o las comunidades están preparados.

Hay incontables cambios que la vida nos presenta que requieren de nuestras habilidades para resolver problemas y reaccionar ante las calamidades y los estresores, principalmente en función de nuestras historias personales, familiares y comunitarias (Cohen, 1982; McDavid y Garwood, 1978; Repetti et al., 2002).

Por otra parte, las consecuencias del estrés incluyen problemas psicológicos y físicos que, por lo general, se retroalimentan mutuamente. Los signos o síntomas más frecuentes incluyen ansiedad (angustia o miedo), enojo, síntomas depresivos (tristeza, anhedonia e inactividad extremas) y cambios en el comportamiento que pueden o no ser adaptativos. En el caso de la pandemia por COVID-19, los esfuerzos por contenerla incluyeron estrictos confinamientos y cuarentenas que implicaron reducir radicalmente la interacción humana a partir de instrucciones de permanecer en casa y reducir o modificar drásticamente toda interacción interpersonal, lo que forzó principalmente un gran distanciamiento de las personas al exterior de la vivienda pero también una convivencia relativamente forzada (para bien o para mal) al interior de la familia inmediata.

PRINCIPALES EFECTOS NEGATIVOS SOBRE SALUD MENTAL

Estas medidas de cuarentena implementadas a causa de la pandemia con frecuencia han tenido un impacto negativo en el bienestar individual y en las relaciones humanas. Han sido frecuentes los problemas de interacción en casa, incluido el abuso. Numerosos miembros de las familias informaron sufrir síntomas de ansiedad y depresión mayores a los que suelen experimentarse en condiciones habituales, incluyendo los menores de edad (Morales-Chainé et al., 2021). Las afectaciones interactúan con la edad de los padres y de los hijos, la situación laboral de los padres y enfermedades preexistentes en los hijos. Estudios similares destacan que los síntomas depresivos y de ansiedad experimentados por padres y niños aumentaron en las familias con padres mayores de 45 años, con bajos ingresos, con enfermedades preexistentes o con niños menores de cinco años (Hwang et al., 2022).

Otros estudios han documentado que el aislamiento interpersonal y físico experimentado al principio de la pandemia se asoció con mayores síntomas depresivos, de ansiedad y sentimientos de soledad, que persistieron a lo largo del tiempo. Estos resultados señalan riesgos relativamente específicos y duraderos del aislamiento en el hogar y para la adaptabilidad psicológica (Joseph et al., 2022; Morales-Chainé et al., 2021).

EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

En efecto, esta pandemia y su cuarentena han provocado un aumento de los niveles de ansiedad y depresión en todo el mundo. Diversos registros de sintomatología depresiva se incrementaron notoriamente. Es interesante destacar que los factores de moderación explorados en algunos estudios señalan que las personas con menos síntomas depresivos al principio de la pandemia eran aquellas que afrontaban menos el estrés con estrategias de evitación y experimentaban significativamente menos síntomas ya avanzada la pandemia y la cuarentena. Las personas que tenían niveles más altos de depresión al inicio, y afrontaban el estrés con menos estrategias de abordaje (sin buscar resolver problemas activamente), mostraron mayores niveles de depresión durante la cuarentena (Morales-Chainé et al., 2021). Estos hallazgos subrayan que los estilos cognitivos de abordaje activo reducen factores de vulnerabilidad y la angustia, atemperan los síntomas psicológicos y mejoran la adaptabilidad (Carnahan, 2022).

Otro estudio longitudinal hizo un seguimiento de los cambios temporales en salud mental, con implicaciones para la adaptabilidad psicológica durante el encierro en 2020. Las disfunciones interpersonales y sociales aumentaron con el tiempo, mientras que los síntomas de reacción emocional negativa disminuyeron. Aislarse propositivamente como estrategia para manejar el estrés agravó los síntomas de disfunción social. Los jóvenes que utilizaron más ese retraimiento experimentaron más disfunción interpersonal y más reacciones emocionales negativas al mediano plazo, que los que los usaron menos (Ubillos-Landa et al., 2021).

LA IMPORTANCIA DE LAS CREENCIAS Y LA COMUNICACIÓN

Algunos hallazgos documentaron efectos entre sesgos cognitivos relativamente específicos al percibir el carácter amenazante de una situación. Este es el caso del pesimismo irreal que sobreestima la amenaza y que suele asociarse con síntomas similares a los cuadros clínicos de tipo obsesivo-compulsivo. La exageración de la propia vulnerabilidad personal, en conjunto con el pesimismo irreal, propicia este tipo de síntomas, lo que destaca la importancia de incluir como meta de cambio preventivo o clínico el ajuste de sesgos cognitivos (Jelinek et al., 2022).

Aunque diversos estudios han establecido el aumento del estrés en las personas confinadas en casa por la cuarentena durante los primeros meses de la pandemia, el aumento del tiempo dedicado a comunicarse con seres queridos puede generar beneficios, dependiendo del tipo de interacciones y de la energía interpersonal que requieran. Las relaciones entre lo que se ha denominado gasto de energía social y sus resultados están moderadas por la frecuencia con que se da el apoyo u ocurre el conflicto. El apoyo suele administrarse mediante diversas vías e incluyen videos educativos para trabajadores de la salud que dan atención directa a pacientes infectados (Robles, Palacios et al., 2020). En estudios con población abierta, los resultados negativos resultaron mitigados por la provisión frecuente de apoyo social y exacerbados por conflictos frecuentes (Holmstrom et al., 2021). Un estudio con estudiantes de nivel universitario señaló que, aunque experimentaron problemas similares a los generalmente informados, entre otros beneficios percibidos durante las condiciones impuestas por la pandemia destacaron más tiempo con la familia, aumento en las conductas de autocuidado, mejor alimentación, sueño y actividad física (Melchor-Audirac et al., 2020).

EL CASO DE LOS CONTAGIADOS

Otros estudios examinaron cambios a lo largo del tiempo en calidad de vida, estrés percibido y ansiedad grave en individuos diagnosticados con COVID-19.

En un sistema de salud universitario, después de ajustarse psicológicamente a las demandas de la situación, los pacientes informaron mayor calidad de vida relacionada con su salud física y menor estrés a los tres meses del inicio del padecimiento. El estudio no detectó asociación entre los momentos de recolección de los datos y calidad de vida, relacionada con salud psicológica, incluida la angustia grave. Estos hallazgos sugieren que los efectos de COVID-19 en cuanto a calidad de vida relacionada con salud física y el estrés pueden resolverse con el paso del tiempo. Sin embargo, los efectos en salud mental para las actividades cotidianas, el trabajo y las actividades sociales pueden no mejorar (Egede et al., 2022).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo de la infección por COVID-19 en los problemas psicológicos de pacientes que sobrevivieron a la enfermedad, señalan alguna prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) de uno a tres meses de haberseles dado de alta del hospital. Sin embargo, también se ha visto una coexistencia del TEPT y un grado razonable de salud psicológica adaptativa entre los supervivientes y sus familiares inmediatos. Los hallazgos sugieren la utilidad de evaluar tanto las dimensiones negativas como las positivas de la salud psicológica en las condiciones impuestas por la pandemia, entre ellas el riesgo de contagio (Bassi et al., 2021).

EL CONSUMO DE ALCOHOL

La revisión de estudios que examinaron el impacto de cambios en las restricciones de la cuarentena sobre el consumo de alcohol y características de las ocasiones en que se bebía sugiere que numerosos estudios carecen de datos sobre cómo cambiaron las prácticas de consumo de alcohol cuando las restricciones interrumpieron el trabajo, la vida familiar y las rutinas de socialización de las personas. Otros estudios documentaron incrementos repentinos en el abuso de alcohol (Morales-Chainé et al., 2021) y otros exploraron algunas condiciones específicas de su consumo, como el sitio o situación en que ocurría (Hardie et al., 2022). Éste encontró reducción del consumo de alcohol en bares y otros sitios de acceso público, mientras que aumentó el consumo en el

propio hogar. Esto se mantuvo de manera consistente en periodos de cuarentena y restricciones de diversa duración e intensidad. Como era de esperarse, el cambio hacia el consumo fuera de los bares implicó cambios significativos en las características de las ocasiones de consumo y en la interacción familiar.

EL CASO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Aun en condiciones normales del trabajo del equipo de salud, especialmente en instituciones públicas, el personal de enfermería, medicina, psicología, trabajo social etcétera, labora bajo condiciones estresantes que surgen de muy diversas fuentes, incluyendo estructuras organizacionales rígidas, falta de recursos e insumos y formas defectuosas de ejercer la autoridad que afectan la atmósfera laboral, entre otras (Vidal-Velazco et al., 2020). Durante la pandemia de COVID-19 estas fuentes de estrés se han intensificado, lo que afectó seriamente la adaptabilidad psicológica de este personal, especialmente de quienes atienden pacientes infectados (Robles et al., 2020). Entre otros, los principales problemas psicológicos incluyeron insomnio, síntomas depresivos y trastorno por estrés postraumático, complicados por falta de tiempo para descansar y duelo por la pérdida de colegas o familiares.

LA DESINFORMACIÓN Y LAS NOTICIAS

El efecto de la información (o desinformación), las creencias y los sesgos en el manejo conceptual de hechos relacionados con la pandemia sobre su duración e impacto depende en gran medida de las acciones individuales y sociales. Estas están influidas por la calidad y la relevancia de la información a la que se expone tanto la población general como quienes toman decisiones en políticas públicas. Lamentablemente, la desinformación sobre COVID-19 ha proliferado muy ampliamente. A pesar de los crecientes intentos de mitigar la desinformación sobre la pandemia, sobre el virus SARS-COV-2, con sus variantes, y las acciones que conviene implementar, persiste mucha

incertidumbre en cuanto a la mejor manera de aminorar el impacto de la desinformación sobre estas situaciones. De hecho, algunos estudios han documentado pruebas de sesgos notorios en publicaciones (ahora principalmente en línea) ya sea para generar beneficios pecuniarios o políticos (Janmohamed et al., 2022).

ALGUNOS EFECTOS SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Muy pocos estudios han examinado de manera expresa los posibles efectos de la convivencia forzada por la cuarentena sobre la actividad sexual. La pandemia provocó una alteración universal de los modos de vida habituales de los individuos. Los participantes de uno de los escasos estudios que abordaron esta área —que hizo dos mediciones tipo encuesta, al principio de la pandemia y meses después— informaron de ligeros descensos en el placer sexual, la frecuencia de los orgasmos con una pareja y la frecuencia de los orgasmos en solitario, respecto a la época anterior a la pandemia. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a la angustia sexual y la satisfacción en las relaciones. En el caso de las mujeres, el funcionamiento sexual mejoró del momento uno al momento dos, mientras que no se observaron diferencias significativas en el funcionamiento sexual percibido por los hombres. Los aspectos de la salud sexual y la satisfacción en las relaciones no cambiaron lo suficiente a lo largo de las mediciones en el tiempo como para considerarse cambios significativos en estos resultados de salud (Gauvin et al., 2022).

LOS RETOS PARA LA FORMACIÓN DE PERSONAL EXPERTO

Aun en el caso de que la actual pandemia cediera a niveles previos a 2019, la historia de epidemias similares con potencial para convertirse en pandemias requiere desarrollar una visión a mediano y largo plazo que prevea ajustes importantes. Uno de estos se refiere a la contribución de todas las disciplinas,

con especial énfasis en las que han mostrado avances importantes a partir de la investigación científica y de la evidencia aplicada (preventiva o asistencial), y los aprendizajes derivados de la actual pandemia. Estas requieren incluir las disciplinas de la salud y las del comportamiento. Esta visión requiere, de manera medular, la formación oportuna de especialistas que actúen con la sociedad en general a fin de prevenir daños tan graves como los causados por la actual pandemia. En la siguiente sección se aborda la contribución de formas especiales de trabajo en comportamiento humano y las modalidades de atención requeridas ante situaciones generalizadas de contagio.

LA TELESALUD (TS)

Una transición que se requiere abordar con óptica renovada en el ámbito de la atención a la salud mental y que se ha desarrollado en la interfaz comportamiento-salud durante varias décadas es el avance hacia la telepsicología, término a su vez derivado de telesalud (Nickelson, 1996). Este grupo de métodos reúne dos criterios definitorios que se basan, como en el caso de todo servicio de salud en que: *a*) están fundamentados y derivados de la investigación científica y *b*) se ajustan a los criterios contemporáneos de evidencia clínica (McCracken y Rzepnicki, 2010; Raittio y Raittio, 2020). Desde sus inicios la telepsicología ha resultado especialmente aplicable a problemas generados en cuarentenas y riesgos sanitarios inéditos, como los de la actual pandemia por COVID-19. Entre otras condiciones impuestas por el riesgo de contagio destacan el aislamiento, la distancia interpersonal, higiene intensiva especial y uso de mascarillas para evitar el contagio, entre otras conductas.

Este contexto generó, de manera intempestiva, impredecible e invasiva, la necesidad de adaptarse de manera inmediata y urgente ante riesgos serios. La rapidez con que ocurrió esta transición forzó que reuniones, conferencias, consultas de salud y prácticamente todo contacto humano fuera de la familia inmediata requirieran hacerse a distancia por medios digitales o analógicos.

Los servicios provistos por especialistas en las ciencias del comportamiento, en general, y la atención a problemas de salud mental, en particular,

no han sido excepción a las necesidades impuestas por la cuarentena. Si bien esta ha ido modificándose a lo largo de meses, no hay forma de asegurar cómo evolucionará a mediano y largo plazo, lo cual fuerza la adopción, casi permanente, de cambios adaptativos en el comportamiento de individuos y comunidades.

Así, la atención a distancia, especialmente en la interfaz salud-comportamiento, busca facilitar el acceso a servicios de salud que siguen siendo indispensables. Quienes hacen psicología aplicada a la salud se mantienen ante un reto prácticamente sin precedentes, ya sea al trabajar directamente atendiendo usuarios o al implementar intervenciones educativas para promover la salud o de tipo clínico cuando el sufrimiento físico o psicológico muestra estados anormales (Sánchez-Sosa, 1998; Trull y Phares, 2017). Quienes trabajan en esta modalidad buscan mantener o mejorar lo que se hace presencialmente en el hospital, el gabinete, el consultorio, en la casa del usuario o en su comunidad. En la formación de estos especialistas juega un papel central la supervisión (Scharff et al., 2020). El actual reto que enfrentan quienes hacen psicología de la salud a distancia es funcionar como profesionales, sin sacrificar efectos clínicos ni preventivos. Otro reto medular consiste en evaluar aquellos efectos sin sacrificar calidad metodológica de la investigación aplicada (Graham, et al., 2012; Kazdin, 1994; McGuigan, 1996). Una baja solidez de los hallazgos clínicos afectaría la credibilidad científica y social de los resultados con el consecuente deterioro del campo profesional (Sánchez-Sosa, 2007).

Muchas personas se sienten abrumadas en extremo, ansiosas y alteradas; han desarrollado un deterioro importante en los ámbitos emocional, cognitivo, instrumental, interpersonal y aun el somático, lo cual hace que la continuidad de la atención al comportamiento humano resulte esencial. Quienes se ocupan de atender la salud psicológica a distancia requieren sopesar cuidadosamente sus opciones para brindar atención eficaz y ética a sus usuarios, tanto los actuales como los nuevos.

ANTECEDENTES Y EFICACIA DE LA TS EN ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA

Es interesante, al ver la historia del desarrollo de la disciplina, cómo se han documentado hallazgos respecto a qué se hace y qué se puede hacer cuando se atiende a distancia, para asegurar que su calidad no se ponga en riesgo.

Poco más de 20 años de investigación respaldan el hecho de que las intervenciones basadas en investigación científica y en evidencia clínica cuidadosamente administradas por teléfono tienen efectos positivos (Varker et al., 2019). Si bien podría haber mejoras si incluyen acceso a una imagen, como el caso de videoconferencias, antes de que estas fueran una opción viable. En efecto, muy diversos profesionales en la interfaz comportamiento-salud se conectaban con los usuarios por teléfono y proporcionaban intervenciones clínicas (Lester, 1972; Nickelson, 1996; Teegen et al., 1972). También se han recolectado datos de investigación relevantes a la modalidad a distancia; por ejemplo, un análisis de la literatura de investigación que revisó 13 estudios específicos con metodología sólida reveló reducciones significativas en síntomas de ansiedad y depresión con tratamiento proporcionado por teléfono (Coughtrey y Pistrang, 2018).

Estos hallazgos se extienden a diversas poblaciones de pacientes, como en el contexto de la actual pandemia por COVID-19. Sin embargo, es importante examinar el contexto socioeconómico y de *alfabetismo digital* de usuarios y profesionales. Muchas personas tienen menos familiaridad o acceso a videoconferencias y se les fuerza a usar servicios presenciales, con un riesgo mayor de contagio. Por tanto, resulta especialmente relevante la viabilidad y pertinencia de la opción telefónica.

Varios estudios han comparado la teleterapia con la terapia presencial y sus hallazgos han resultado especialmente interesantes. Se podría tener la impresión de que se pierde mucho cuando no hay una relación presencial o con imagen. Si bien se pierden algunas señales, esto no afecta necesariamente la mayoría de las dimensiones clínicas relevantes, siempre y cuando el entrenamiento del especialista incluya registrar e intervenir en variables dependientes clínicas de acceso auditivo. De hecho, en algunas dimensiones esta intervención es especialmente positiva, por ejemplo, los pacientes en

teleterapia completan un mayor número de sesiones antes de interrumpir o abandonar el trabajo terapéutico que aquellos que lo hacen en terapia presencial (Hernández-Tejada et al., 2014). Es claro que se necesita una cuidadosa supervisión en esa formación a fin de garantizar las mismas bases de la psicoterapia presencial, como una fuerte alianza terapéutica y la selección e implementación de técnicas terapéuticas efectivas. También se requiere diseñar módulos de prevención de recaídas y conductas de autocuidado mediante la intervención telefónica (Baker et al., 2018).

EL ACCESO REAL A LA ATENCIÓN

El acceso a la atención representa una prioridad general por varias razones, la primera es que quien hace psicoterapia o *counseling* tiene una serie de responsabilidades profesionales y éticas de alta relevancia social. En efecto, el acceso a los servicios telefónicos y a internet implican una cuestión de equidad tanto sanitaria como de justicia social, lo cual se ha hecho particularmente relevante desde abril de 2020. Muchos pacientes y algunos profesionales no disponen ni tienen acceso o capacidad personal para utilizar teléfonos *inteligentes* que incluyen video, conexión a internet con suficiente capacidad de *banda ancha*. Esto es especialmente cierto en grupos de población vulnerables a los que prestan servicio los expertos en comportamiento. Cinco de ellos incluyen: *a)* adultos mayores, *b)* personas con discapacidad, *c)* habitantes en zonas rurales, *d)* personas con ingresos económicos bajos y *e)* usuarios funcionalmente analfabetos. Así, la formación de especialistas requiere incluir estas dimensiones adicionales y consolidarlas mediante la supervisión.

¿HERRAMIENTA PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA?

Se requiere equilibrar el avance tecnológico con el acceso, la viabilidad, la comodidad y el requisito de respuesta tanto de terapeutas como de usuarios al diseñar e implementar intervenciones clínicas a distancia. Una buena parte

de la probabilidad de éxito clínico reside en la competencia propia del profesional al usar estas herramientas para una atención óptima a quienes requieren sus servicios.

Los especialistas necesitan estar capacitados para tomar decisiones de valoración inicial, intervención y evaluación del impacto clínico entrenándose bajo cuidadosa supervisión clínica. Como en las modalidades presenciales, buscarán mejorar el comportamiento adaptativo en sus componentes medulares: emocionales, cognitivos, instrumentales y psicosomáticos. Un trabajo clínico que excluya cualquiera de estos componentes o ignore su interjuego recíproco probablemente fallará en reducir el sufrimiento y mejorar la adaptación de los usuarios. El actual contexto epidemiológico representa un momento crítico, pero también una oportunidad excepcional para aumentar la capacidad profesional y satisfacer las necesidades de consultantes, pacientes, familias y la comunidad con estas nuevas estrategias (Scharff et al., 2020).

¿CÓMO SUPERAR DESVENTAJAS?

Este contexto profesional, tecnológico y ético requiere, primero, valorar y planear cómo superar los problemas de comprensión de consentimientos informados y materiales de apoyo. Todo lo que indica el código ético sobre la entrega de servicios psicológicos se requiere instrumentar igual que cuando se trabaja presencialmente y ajustarlo cuando se trabaja a distancia. Como se ha mencionado, no toda la población tiene las habilidades o recursos para usar medios electrónicos. A partir del análisis de la situación en que se dará telepsicoterapia, una primera decisión incluye trabajar mediante videoconferencia o contacto telefónico. Si se limita el acceso a la población que posee medios electrónicos costosos y complejos se incurre en una falta ética. Cuando se recurre a la atención telefónica bajo condiciones, ya sometidas a prueba, no se requiere acceso a tecnología compleja o cara, sino revisar que las destrezas profesionales se equiparen en lo posible a las de la atención por videoconferencia o incluso presencialmente.

¿QUÉ OCURRE CON LA CONVERSACIÓN A DISTANCIA?

La atención a distancia requiere utilizar toda nuestra experiencia como clínicos e investigadores aplicados. Todo individuo ha hablado muchas veces por teléfono con alguien y, desde ambos extremos de la línea, reconoce o proyecta un mensaje, una emoción, una convicción una sensación una preocupación, etcétera. Estos mismos aspectos ocurren, bidireccionalmente, tanto en la psicoterapia presencial como en una llamada telefónica y, si se observan cuidadosamente, se convierten en variables clínicas relevantes. Tan solo como ejemplo, hemos visto a jóvenes o adolescentes hacer llamadas, por ejemplo, románticas, y notamos, sin escuchar a la persona del otro lado de la línea, tonos de voz, ritmos o inflexiones que se relacionan con sus contenidos verbales, además de formas o estilos en las que se dicen las cosas. Se usan contextos, se reflejan emociones u opiniones, etcétera, es decir, se generan elementos interpersonales que la otra persona nota, y a las que suele reaccionar aun sin ser profesional de la salud.

Este conglomerado de señales humanas relevantes también se observa en nuestras propias llamadas: escuchamos, colegimos e interpretamos descripciones que habitualmente son consistentes con sentimientos, cogniciones y conductas en un contexto social determinado. En una llamada telefónica, observada cuidadosamente, se proyectan todas estas variables que resultarían aparentemente intangibles si no tenemos una imagen del interlocutor enfrente. Sin embargo, ¿qué es lo que se pierde cuando no se tiene esa imagen?; principalmente, una expresión facial, un tono corporal o la proxémica. Sin embargo, estas son señales que se pueden inferir, con un grado razonable de certidumbre, con señales auditivas a las que se añade la congruencia de contenido y expresión verbal. Lo que ocurre es que normalmente no estamos acostumbrados a poner atención específica a estos cambios, especialmente cuando no se está haciendo trabajo profesional. La formación en las destrezas que permiten estas observaciones es, a su vez, aspecto medular del entrenamiento y la supervisión clínica.

EN BUSCA DE LA OPERACIONALIZACIÓN

En efecto, hay señales y comportamientos que se escuchan por teléfono y que dan a quien hace telepsicoterapia (o *counseling*) series de elementos para tomar decisiones clínicas a fin de determinar una impresión diagnóstica o para instrumentar procedimientos clínicos. A estos se les pueden agregar otras señales que se distinguen en la voz y en el contenido de una conversación, ente otros:

- Intensidad de voz
- Ritmo del habla
- Tono de voz
- Silencios (frecuencia y duración)
- Latencia (al terapeuta)
- Respiración (ritmo, intensidad)
- Espasmos (sollozo o risa)
- Congruencia tono emocional-contenido verbal

ÉTICA DE LA TELEATENCIÓN

Es importante guiar la práctica en apego a los códigos éticos en vigor y con la normatividad de la Ley de Salud Mental vigente en Ciudad de México y en ya numerosos estados de la república. Es de destacarse que estos lineamientos naturalmente prevalecen en tiempos de crisis y que, durante la formación, requieren integrarse como parte de la supervisión.

Habría básicamente cuatro guías o lineamientos para practicar lo que se ha denominado *de buena fe*, al satisfacer las necesidades de individuos o comunidades con la entrega de servicios clínicos profesionales (Baker y Bufka, 2011).

Los siguientes cuatro puntos resumen, glosan y adaptan a nuestro contexto latinoamericano algunas recomendaciones derivadas de experiencias acumuladas por la Asociación Estadounidense de Psicología y que han aparecido en fuentes como el *Monitor on Psychology*, desde el principio de la pandemia.

1. Apoyarse en un comité de ética. Estos cuerpos colegiados existen en los programas académicos reconocidos y acreditados y en las instituciones de salud. Es muy importante que en estos comités haya expertos en comportamiento que puedan cotejar el cumplimiento ético cuando se atienden problemas de salud o se hace investigación en condiciones peculiares, como las actuales. Esos lineamientos incluyen aspectos relevantes tanto al usuario como al profesional. Este cumplimiento abarca todos los momentos del continuo salud-enfermedad, desde una estabilidad y bienestar notorios hasta las intervenciones profesionales que se dan para ayudar a bien vivir hasta el último momento de la vida y contribuir a satisfacer las principales necesidades psicológicas de usuarios y de su familia inmediata (Leavell y Clark, 1965; Sánchez-Sosa, 1998). El cumplimiento de los requisitos éticos requiere ser parte medular del proceso de formación profesional especializada, con énfasis en la supervisión clínica.

2. Obtener formación y apoyo adicionales. La formación especializada, ya sea como educación continua o como experiencia clínica bajo supervisión, consiste en aprovechar los nuevos recursos electrónicos y digitales para desarrollar y ampliar las competencias profesionales al atender a distancia. Esto se basa en el principio ético de mantener la competencia. Este principio se centra en nunca intentar dar un servicio para el que no estamos claramente preparados. Este cumplimiento se inicia cuando se procura ampliar nuestra red académica y profesional, al contactar a colegas expertos que puedan supervisar nuestros esfuerzos cuando nuestra formación y experiencia no han sido lo suficientemente amplias o consolidadas. Una fuente de recursos e información, libre, gratuita y muy útil para quienes ya cumplen los criterios de formación de la Ley de Salud Mental se encuentra en el sitio web de la Asociación de Facultades, Escuelas e Institutos de Psicología de América Latina (AFEIPAL): www.healthnet.unam.mx.

3. Considerar la canalización. Se requiere referir a los usuarios con otros especialistas cuando nuestras competencias, nuestra falta de pericia o acceso a la tecnología o a algunas necesidades concretas (propias o de los usuarios)

pueden ser razones para enviarlos con colegas más aptos en teleservicio. Esto necesita considerarse cada vez que se inicia contacto profesional con un usuario. Esta responsabilidad empieza al evaluar las necesidades de cada paciente, cuidador primario informal, etcétera, a la luz de las condiciones en que recibirán el servicio y de nuestras propias capacidades profesionales. Si no se tiene certeza razonable de esas capacidades para dar un servicio competente, se canaliza a otras(os) que presten los servicios necesarios de conformidad con la norma de los códigos éticos Terminación del Servicio Terapéutico.

4. Cuidarnos a nosotros mismos. También se trata de un mandato en todos los códigos éticos de la psicología. Es necesario practicar la autoevaluación y apoyarse en colegas cuando haga falta, es decir, cuando notemos que hay procedimientos, contenidos o formas de abordar los temas para los que no estamos preparados por razones de vulnerabilidad personal. Cuidarse incluye un manejo efectivo del estrés: tomarse un tiempo para “desconectarse”, por ejemplo, de noticieros repetitivos (generalmente con malas noticias) que dan la impresión de catástrofes inminentes, a pesar de información que señala otras condiciones.

Los expertos en comportamiento también pueden sentirse perdidos en situaciones de incertidumbre cuando tenemos una época como la de la pandemia. Afortunadamente, por ejemplo, desde abril del 2020, desde la UNAM están en marcha iniciativas profesionales para asegurar la solidez de las intervenciones que se dan a distancia y recolectar datos que le puedan mostrar a un auditorio relevante que este procedimiento está teniendo el efecto clínico esperado.

Por eso se requiere hacer del autocuidado y de conectarnos con nuestra comunidad de colegas una buena costumbre. Si ya estamos en esta situación, hay que seguir haciéndolo; si no, hay que empezar sin demora.

TRES EJEMPLOS RECIENTES

Insuficiencia cardiaca

Un estudio en el Instituto Nacional de Cardiología de México (Silva-Ruz et al., 2022) muestra que una intervención cognitivo-conductual administrada principalmente vía telefónica a pacientes con insuficiencia cardiaca produce mejoría en síntomas de ansiedad y depresión, y que, a mediano plazo, mejora la calidad de vida; esta última tendió a depender de la gravedad de las complicaciones de tipo médico usuales de este padecimiento.

Cuidadores primarios de pacientes terminales

Los cuidadores de pacientes terminales suelen desarrollar problemas serios, no solamente por lo que le ocurre al paciente que cuidan sino por la forma en que no se cuidan a sí mismos. Habitualmente se trata de un familiar cercano que tiene la responsabilidad de cuidarlo prácticamente 24 horas todos los días. El estudio muestra cómo ocho categorías de conductas de autocuidado mejoran para la mayoría de las participantes en el estudio. Cuando fallece el paciente, quien lo cuidaba puede mostrar reacciones emocionales adicionales por la pérdida y, aun en esos casos y en general, las conductas de autocuidado y variables emocionales y cognitivas asociadas muestran valores más adaptativos (Rangel-Domínguez et al., 2013).

Estrés agudo y desgaste ocupacional (*burnout*)

Durante la pandemia de COVID-19 el personal de salud que cuida presencialmente pacientes infectados suele desarrollar estrés agudo de manera inmediata, y sintomatología ansiosa y depresiva a mediano plazo. En efecto, médicos, especialmente muchos residentes y el personal de enfermería, habitualmente están expuestos a muy diversos estresores (Vidal -Velazco et

al., 2020). Si a esos estresores, anteriores a la pandemia, se le agregan los estresores propios de esta, su funcionamiento emocional, cognitivo e instrumental se puede deteriorar seriamente y afectar, a su vez, su funcionamiento profesional. Después de responder a preguntas en entrevista estándar mediante plataformas digitales, un equipo de psicólogos bajo supervisión administró intervenciones (*counseling* o terapia breve) vía telefónica o en línea. Se observó una reducción importante de los síntomas de estrés agudo en la mayoría de los usuarios. A mediano plazo se redujeron de manera clínicamente notoria los síntomas de ansiedad y depresión (Vidal-Velazco, en preparación).

En síntesis, se dispone de suficiente conocimiento, basado en investigación científica y en evidencia clínica para fundamentar el objetivo institucional de ampliar los servicios psicológicos a otros usuarios. Es de destacarse que una porción medular de estos efectos clínicos es posible gracias a una formación especializada cuidadosa con sistemas articulados y de alta calidad, incluida la supervisión clínica.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue posible gracias al financiamiento de la Cátedra Especial “Ezequiel A. Chávez” de la Facultad de Psicología de la UNAM. El autor agradece a la doctora Angélica Riveros sus comentarios a una versión preliminar del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, D. C. y Bufka, L. F. (2011). Preparing for the telehealth world: navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 405-411. <https://doi.org/10.1037/a0025037>
- Baker, A. L., Turner, A., Beck, A., Berry, K., Haddock, G., Kelly, P. J. y Bucci, S. (2018). Telephone-delivered psychosocial interventions targeting

- key health priorities in adults with a psychotic disorder: Systematic review. *Psychological Medicine*, 48(16), 2637-2657. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001125>
- Bassi, M., Carissoli, C., Tonelli, F., Trombetta, L., Magenta, M., Delle Fave, A. y Cogliati, C. (2021). Stress and mental health of COVID-19 survivors and their families after hospital discharge: relationship with perceived healthcare staff empathy. *Psychology, Health and Medicine*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2019811>
- Carnahan, N. (2022). Coping with COVID-19: predictors and mediators of anxiety and depression during the pandemic. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 83(1-B).
- Cohen, F. (1982). Personality, stress and the development of physical illness. En G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler et al. (Eds.), *Health psychology: a handbook* (pp. 77-111). Jossey Bass.
- Coughtrey, E. y Pistrang, N. (2018). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(2), 65-74. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686547>
- Egede, L. E., Walker, R. J., Dawson, A. Z., Zosel, A., Bhandari, S., Nagavally, S., Martin, I. y Frank, M. (2022). Short-term impact of COVID-19 on quality of life, perceived stress, and serious psychological distress in an adult population in the Midwest United States. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03081-7>
- Gauvin, S. E. M., Mulroy, M. E., McInnis, M. K., Jackowich, R. A., Levang, S. L., Coyle, S. M. y Pukall, C. F. (2022). An investigation of sexual and relationship adjustment during COVID-19. *Archives of Sexual Behavior*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02212-4>
- Graham, J. E., Karmarkar, M. y Ottenbacher, K. J. (2012). Small sample research for evidence-based rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), S111-S116.

- Hardie, I., Stevely, A. K., Sasso, A., Meier, P. S. y Holmes, J. (2022). The impact of changes in COVID-19 lockdown restrictions on alcohol consumption and drinking occasion characteristics in Scotland and England in 2020: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1111/add.15794>
- Hernández-Tejada, M. A., Zoller, J. S., Ruggiero, K. J., Kazley, A. S. y Acierno, R. (2014). Early treatment withdrawal from evidence-based psychotherapy for PTSD: telemedicine and in-person parameters. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(1), 33-55. <https://doi.org/10.2190/PM.48.1.d>
- Holmstrom, A. J., Hall, J. A. y Pennington, N. (2021). Thriving or struggling? Social energy expenditure and patterns of interaction during the COVID-19 pandemic. *Communication Studies*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/10510974.2021.2018000>
- Hwang, P., Ipekian, L., Jaiswal, N., Scott, G., Amirali, E. L. y Hechtman, L. (2022). Family functioning and mental wellbeing impairment during initial quarantining for the COVID-19 pandemic: a study of Canadian families. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02689-1>
- Janmohamed, K., Walter, N., Nyhan, K., Khoshnood, K., Tucker, J. D., Sangngam, N., Altice, F. L., Ding, Q., Wong, A., Schwitzky, Z. M., Bauch, C. T, De Choudhury, M., Papakyriakopoulos, O. y Kumar, N. (2022). Interventions to mitigate COVID-19 misinformation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Communication*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2021460>
- Jelinek, L., Röhrig, G., Moritz, S., Göritz, A. S., Voderholzer, U., Riesel, A., Yassari, A. H. y Miegel, F. (2022). Unrealistic pessimism and obsessive-compulsive symptoms during the COVID-19 pandemic: two longitudinal studies. *British Journal of Clinical Psychology*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1111/bjc.12362>
- Joseph, C. A., O'Shea, B. Q., Eastman, M. R., Finlay, J. M. y Kobayashi, L. C. (2022). Physical isolation and mental health among older US adults during the COVID-19 pandemic: longitudinal findings from the COVID-19

- coping study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02248-4>
- Kazdin, A. E. (1994). *Research design in clinical psychology*. (3ª ed.). Allyn & Bacon.
- Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*. McGraw-Hill.
- Lester, D. (1972). The evaluation of telephone counseling services. *Crisis Intervention*, 4(2), 53-60.
- McCracken, S. y Rzepnicki, T. (2010). The role of theory in conducting evidence-based clinical practice. En W. Borden (Ed.), *Reshaping theory in contemporary social work: toward a critical pluralism in clinical practice* (pp. 210-233). Columbia University Press.
- McDavid, J. y Garwood, S. (1978). *Understanding children*. D. C. Heath.
- McGuigan, F. J. (1996). *Single subject designs. Experimental psychology: methods of research*. Pearson.
- Melchor-Audirac, A., Hernández-Zúñiga, A. G. y Sánchez-Sosa, J. J. (2021). Universitarios mexicanos: lo mejor y lo peor de la pandemia de COVID-19. *Revista Digital Universitaria*, 22(3), 106-123. <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.3.12>
- Morales-Chainé, S., López-Montoya, A., Bosch-Maldonado, A. Beristain-Aguirre, A., Escobar, G. G., Robles-García, R. y López-Rosales, F. (2021) Condiciones socioeconómicas y de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(2) 5-23. <https://doi.org/10.22201/fpsi.200747193.2021.2.379>
- Nickelson, D. W. (1996). Behavioral telehealth: emerging practice, research, and policy opportunities. *Behavioral Sciences and the Law*, 14(4), 443-457. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0798\(199623\)14:4<443::AID-BSL256>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0798(199623)14:4<443::AID-BSL256>3.0.CO;2-G)
- Raittio, E. y Raittio, L. (2020). Verbal communication of effect-sizes, possible comparators, and uncertainty of evidence in the Finnish clinical practice guidelines: omitting effect-sizes and comparators without expressing

- much uncertainty. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 759-766. <https://doi.org/10.1111/jep.13499>
- Rangel-Domínguez, N. E., Ascencio-Huertas, L., Ornelas-Mejorada, R. E., Allende-Pérez, S. R., Landa-Ramírez, E. y Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10(3), 365-376.
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Robles, R., Palacios, M. Rangel, N. Real, T., Becerra, B., Fresán, A., Vega, H., Rodríguez, E., Durand, S. y Madrigal, E. (2020). A qualitative assessment of psycho-educational videos for frontline COVID-19 healthcare workers in Mexico. *Salud Mental*, 43(6), 311-318.
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M. E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytán, J. M., ... Reyes-Terán, G. (2021). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(5) 494-503. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez y M. Rojas (Dirs.). *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 33-44). Porrúa.
- Sanchez-Sosa, J. J. (2007). Psychotherapy in Mexico: practice, training and regulation. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(8), 765-771.
- Scharff, A., Breiner, C. E., Ueno, L. F., Underwood, S. B., Merritt, E. C., Welch, L. M., Fonda, C., Weil Malatras, J., Lin, B., Hormes, J. M., Pieterse, A. L., Gordis, E. B., Halpern, L. F., Paziienza, R. y Litchford, G. B. (2020). Shifting a training clinic to teletherapy during the COVID-19 pandemic: a

- trainee perspective. *Counselling Psychology Quarterly*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1786668>
- Silva-Ruz, C., Robles-García, R., Martínez-Ríos, M. y Sánchez-Sosa, J. J. (2022). Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica. *Psicología y Salud*, 32(2), 375-388.
- Teegen, F., Kranz, D. y Fittkau, B. (1972). Investigation of the effectiveness of psychotherapeutic counseling by telephone. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4(1), 323-334.
- Trull, T. J. y Phares, E. J. (2017). Diagnóstico y clasificación de los problemas psicológicos. En *Psicología clínica* (6ª ed., pp. 114-139). Thomson.
- Ubillos-Landa, S., Puente-Martínez, A. y González-Castro, J. L. (2021). Psychological withdrawal and mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Psychology and Health*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2019254>
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S. y Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: a rapid evidence assessment. *Psychological Services*, 16(4), 621-635. <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Vidal-Velazco, E. A. (En preparación). *Intervención psicológica sobre burnout en médicos residentes* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Vidal-Velazco, E. A., Chávez-Negrete, A., Riveros-Rosas, A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Stress in medical residents: care needs exploration in a public hospital. *Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-8.

Salud mental, secuelas neuropsiquiátricas y COVID-19: panorama nacional

3

Claudia Díaz-Olavarrieta⁽¹⁾

Ingrid Vargas-Huicochea⁽¹⁾

Fernando Daniel Flores-Silva⁽²⁾

Miguel García-Grimshaw⁽²⁾

María Teresa Tusié-Luna⁽³⁾

¿QUIÉNES PRESENTAN SECUELAS DE SALUD MENTAL COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO?

La pandemia por COVID-19, enfermedad respiratoria aguda provocada por el virus SARS-COV-2, ha causado más de 6.53 millones de muertes de manera directa en todo el mundo, afectando la salud física y mental, así como la estabilidad económica y social de la humanidad, con una fuerza y magnitud inimaginables hace tan solo 24 meses (World Health Organization [WHO], 2022). La devastación y sufrimiento producidos se amplifican exponencialmente al incluir las secuelas en lo personal (secuelas médicas o COVID-19 de largo plazo), así como en los ámbitos laboral, familiar y social.

En México, más de 420 000 individuos han fallecido de COVID-19 y cerca de 250 000 más por causas indirectas, relacionadas con la atención prioritaria de pacientes enfermos (Secretaría de Salud, 2022). Las secuelas

(1) Facultad de Medicina, (2) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, (3) Instituto de Investigaciones Biomédicas / Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

familiares, laborales y sociales impactan a todos los grupos demográficos y tienen en común la afectación en su salud mental. Podemos afirmar que la pandemia por COVID-19 generó una segunda pandemia de salud mental que, de no ser reconocida y atendida adecuadamente, tendrá consecuencias profundas y permanentes (Gong et al., 2022).

Es necesario, sin embargo, distinguir entre las secuelas neurológicas y neuropsiquiátricas que padecen pacientes afectados por COVID-19 y aquellas que sufren otros miembros de la familia y de la sociedad en general, como resultado del rápido deterioro de las condiciones económicas y de salud. Las acciones e inacciones, primordialmente gubernamentales, así como de las organizaciones de la sociedad civil, dictarán en gran medida las consecuencias que cada individuo y grupo social enfrentarán.

Enfermos

La naturaleza aguda y la rápida progresión de la enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-COV-2 ocasionó una crisis inmediata en el núcleo familiar, particularmente durante los primeros meses de la pandemia. La muy baja disponibilidad de pruebas para identificar sujetos con infección asintomática promovió la propagación acelerada y eficiente del virus. Como consecuencia, cualquier miembro de la familia podía enfermar y evolucionar a un cuadro severo y sin un diagnóstico preciso.

Aun cuando conocemos algunos factores de riesgo relacionados con la COVID-19 y con la posibilidad de presentar formas graves, lo cierto es que la enfermedad puede afectar a sujetos jóvenes sin comorbilidades previas, o bien, a adultos mayores que han permanecido confinados y, por ende, con poca exposición al contagio. En el presente capítulo se describirán las alteraciones neurológicas y neuropsiquiátricas identificadas con más frecuencia en pacientes afectados por COVID-19, a dos años del inicio de la pandemia. En nuestro país, los estudios disponibles incluyen mayoritariamente personas con formas severas de la enfermedad que requirieron hospitalización; sin embargo, existe evidencia que señala que muchas de estas alteraciones se

presentan también en individuos con cuadros clínicos moderados e incluso en quienes cursaron con la infección por SARS-COV-2 de manera asintomática (Kim et al., 2022; Fainardi et al., 2022).

Así, la respuesta orientada a atender la salud mental debe incluir estudios en la población abierta, es decir, aquellos individuos que no necesariamente acudirán a solicitar atención psiquiátrica o psicológica. Entre la sintomatología más frecuente en este grupo se encuentra la falta de concentración, alteraciones cognitivas, amnesia, depresión, fatiga y ansiedad (Kim et al., 2022). Además de un diagnóstico preciso sobre la frecuencia de las distintas alteraciones presentes en la población general, de acuerdo con la edad, será indispensable destinar recursos humanos y económicos, así como promover el diseño y la implementación de programas para su atención a mediano y largo plazos. El reconocimiento de la existencia y magnitud de esta situación es fundamental, ya que, de no atender y resolver los problemas asociados a las secuelas en salud mental, se experimentarán consecuencias sociales costosas y de largo plazo en nuestro país.

Mujeres

Históricamente, las cuidadoras primarias del núcleo familiar son las mujeres. Durante la pandemia, han tenido que asumir tareas adicionales a las domésticas, el cuidado de los hijos y, además, en casi un tercio de los hogares en México son el principal sostén económico. En muchos casos se hacen cargo del cuidado del enfermo en casa, exponiéndose al contagio de manera directa.

En cuanto a las mujeres con hijos pequeños en etapa escolar, ellas han tomado, además, la responsabilidad de su educación, supervisando o asistiendo junto con los niños a las clases remotas, la realización y entrega de tareas y la preparación de exámenes. Como nunca, la mujer ha tenido que ceder su tiempo y postergar o cancelar sus intereses laborales y profesionales para atender a su familia. El desgaste físico y emocional es particularmente grave en las mujeres.

Un grupo de enorme vulnerabilidad lo constituyen las mujeres en edad reproductiva que experimentaron un embarazo durante el curso de la

pandemia. El riesgo del contagio previo a la disponibilidad de las vacunas y, después, la posibilidad de acceder a estas de manera segura generó gran angustia y trastornos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión, que han sido extensamente documentados en distintos estudios (Fernández et al., 2022; Ho-Fung et al., 2022). Adicionalmente, la gran mayoría de las mujeres acudió a la atención del parto sin visitas prenatales previas y muchas ingresaron a hospitales o clínicas donde se infectaron tanto ellas como sus neonatos. Entender y manejar las consecuencias de la infección por SARS-COV-2 en los neonatos expuestos durante el embarazo o el periodo perinatal es todavía un tema desafiante que debe ocuparnos y preocuparnos (Vigil-Vázquez et al., 2022).

Niños

Los menores sufren los efectos de la pandemia de distintas formas. El confinamiento prolongado, aunado a la falta de estructura y la improvisación del sistema educativo en línea, han provocado la interrupción en la adquisición del conocimiento y la disciplina de trabajo en los niños, adolescentes y adultos jóvenes, vulnerando con ello su derecho a la educación, con consecuencias de largo plazo aún desconocidas.

La deserción escolar en nuestro país presenta cifras alarmantes (Save the Children, 2021). La educación de los hijos dejó de constituir una prioridad para muchas familias que experimentaron la muerte de parientes, el despido laboral y, en ocasiones, el endeudamiento y empobrecimiento súbitos y acelerados, frecuentemente en un periodo de semanas o meses. En este escenario, el pago de necesidades y servicios básicos, incluidos comida, renta de casa-habitación, luz, agua y transporte, se vuelven prioritarios.

Para muchas familias, antes de la pandemia el inicio del año escolar representaba un endeudamiento cíclico. Hoy, el retorno a clases y la responsabilidad de reanudar la educación de los hijos se ha postergado y a cambio se han instalado nuevas actividades en los niños y jóvenes, que acompañan y participan de la jornada laboral de sus padres o cuidadores primarios. Los menores perdieron de manera repentina y, en muchos casos, permanente, su

núcleo social, la interacción con otros niños de su edad, la estructura y disciplina que les aportaba la escuela, los espacios de juego y de actividad física en general. Los adolescentes y adultos jóvenes perdieron también las oportunidades que les ofrecía concluir el nivel medio superior o incluso el profesional.

Adultos mayores

Los adultos mayores en México son un grupo de enorme vulnerabilidad. Muchos de ellos viven dentro de núcleos familiares extensos donde se les asignan tareas domésticas y también participan en el cuidado y educación de los niños. Su pensión y el pago que reciben a través de los programas sociales se suman al ingreso familiar. La población adulta de nuestro país presenta una alta prevalencia de distintas enfermedades crónicas, como diabetes, obesidad e hipertensión arterial (Instituto Nacional de Salud Pública [ISNP], 2020). La gran mayoría no alcanza a cubrir sus necesidades básicas de medicamentos, lo que, sumado a la reducida movilidad y las alteraciones del sueño, promueve un deterioro acelerado, además de un estado depresivo crónico (Su et al., 2022).

Adolescentes

Los jóvenes entre 11 y 17 años han experimentado condiciones sociales y familiares adversas que han provocado una enorme crisis de salud mental acompañada de abuso de sustancias (Rico et al., 2021). El confinamiento prolongado y la interrupción de actividades presenciales pusieron a prueba la precariedad del espacio en el que habitan muchas familias en México, eliminando casi por completo la privacidad. Adicionalmente, las restricciones para la apertura de sitios como antros, bares y discotecas han tenido un efecto devastador en la dinámica de convivencia entre los jóvenes. Muchos de ellos, desafiando las reglas, continuaron organizando y asistiendo a eventos privados donde hubo contagios masivos. En este grupo, al igual que en los niños, es difícil discernir si las alteraciones neuropsiquiátricas son secuelas de

la infección por SARS-COV-2, o bien, si estas condiciones se han promovido dentro de un clima de graves tensiones familiares y sociales.

En tal contexto, el suicidio representa la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Es imperativo señalar que los principales grupos vulnerables a la violencia física y verbal, ejercida principalmente por los varones, son las mujeres, los niños y los adultos mayores. Durante la pandemia se incrementó la negligencia, el abandono, la violencia física y verbal, principalmente en contra de niños y niñas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2021). De esta forma, el miedo, la desolación, el aislamiento y el maltrato han dejado secuelas afectivas y de salud mental profundas en gran parte de la población.

Ámbito laboral

En el ámbito laboral se tienen tareas y responsabilidades bien establecidas para cada individuo. La ausencia súbita y prolongada de alguno de los miembros de una comunidad laboral impacta negativamente en la productividad y el ambiente de trabajo. En muchos casos se ha tenido que suplir con horas extras la ausencia de alguien, incrementando con ello las jornadas laborales y el estrés. Asimismo, muchas empresas redujeron significativamente el salario de sus trabajadores, en un esfuerzo por evitar la quiebra. Esto, en conjunto con un gasto mayor en salud, ha producido un incremento del empleo informal y el surgimiento de millones de nuevos pobres (Coneval, 2022).

La pandemia ha afectado la salud, pero, al mismo tiempo, también los objetivos personales, la dinámica familiar, el papel de distintos miembros en los núcleos profesional y familiar, así como la estabilidad económica de muchos. Todo ello ha generado una crisis de salud mental sin precedentes que requiere atención eficaz e inmediata.

TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y COVID-19

A nivel mundial, se calcula que los trastornos psiquiátricos ocupan el segundo lugar en cuanto a carga de morbilidad, dada la estimación en términos de años vividos con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés), y son la sexta causa principal de años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés) (Kyu et al., 2018). Lo anterior es un reflejo del impacto de las patologías mentales, atribuido principalmente a los llamados trastornos psiquiátricos graves (también conocidos como trastornos psiquiátricos mayores), que son condiciones psicopatológicas complejas en su etiología y presentación, que son crónicas y afectan de manera importante una o más áreas funcionales de la vida del sujeto afectado (The National Institute of Mental Health [NIMH], 2017). Este grupo de entidades nosológicas incluyen: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, trastornos del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Cuando la pandemia por COVID-19 golpeó a todas las naciones del planeta, las preocupaciones en materia de salud mental se orientaron principalmente hacia las afecciones de la salud mental poblacional, por los altos niveles de incertidumbre y estrés (Dymecka, 2022; Wang y Zou, 2022; Wu, Wu y Tian, 2022); a la salud mental del personal sanitario de primera línea que atendía a los enfermos (Chen et al., 2020; Sobregrau-Sangrà et al., 2022; Hu et al., 2022; Muntean et al., 2022; Efeoğlu y Kılıncarslan, 2022; Atashi et al., 2022), y a las secuelas neuropsiquiátricas de la infección (Troyer et al., 2020; Méndez et al., 2022; Yeh et al., 2022; Ramírez-Moreno et al., 2022; Efstathiou et al., 2022), entre otros puntos de alerta. Pero, en proporción, pareciera que la inquietud por lo que pasaba o pasaría con quienes ya padecían un trastorno mental grave ha sido menor, pese a todo lo que se sabe sobre la pandemia y sus implicaciones en la salud mental y el bienestar de los individuos.

Patologías como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia son, independientemente de la pandemia, retos importantes en materia sanitaria. La detección y diagnóstico oportunos, el tratamiento

temprano y pertinente, el seguimiento a largo plazo, los altos costos individuales y sociales, el impacto negativo y el deterioro de paciente y cuidadores, la no adherencia al tratamiento y las recaídas frecuentes son algunos de esos desafíos. De manera que, al empatar los ajustes y cambios que ha traído la COVID-19 con las condiciones propias de los trastornos mentales graves, entendemos que la problemática se maximiza.

La situación de los trastornos psiquiátricos mayores puede verse desde diferentes aristas. Por un lado, al inicio de la pandemia fue necesario establecer prioridades en el uso de los recursos sanitarios de todo tipo; esto hizo que una gran proporción de pacientes ya diagnosticados con un trastorno psiquiátrico mayor viera comprometida su provisión de medicamentos, su monitoreo en consulta ambulatoria e incluso su internamiento en alguna crisis (Lima et al., 2020).

Para tratar de subsanar esto, a nivel global surgieron infinidad de servicios de teleconsulta, en un intento de seguir ofreciendo atención en salud mental para quien pudiera necesitarla (y que tuviera acceso a un dispositivo para conectarse). Tal fue el caso de la Clínica de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que, de manera empírica, activó sus servicios asistenciales (psiquiátricos, psicológicos y de trabajo social) en modalidad virtual para dar respuesta a la crisis humanitaria por la que atravesamos. En palabras de las autoridades responsables, del 23 de marzo al 3 de julio de 2020 se ofrecieron 1 802 consultas; y del 27 de julio de 2020 al 16 de febrero de 2022 se atendieron 31 mil más. Este servicio universitario es ambulatorio, por lo que tradicionalmente no atiende pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia (que, por sus propias necesidades, se derivan para su tratamiento crónico a centros hospitalarios de tercer nivel), pero del grupo de patologías psiquiátricas mayores sí recibe y mantiene pacientes con trastorno depresivo mayor. Tan solo en el primer periodo del confinamiento, en 2020, se otorgaron 1 198 consultas a pacientes (329 hombres y 869 mujeres) con diagnóstico de depresión, el trastorno más frecuente entre las solicitudes de atención.

También se ha postulado que quienes sufren trastornos psiquiátricos graves tienen dificultades particulares para acatar las medidas recomendadas

para el control del contagio (Xiang et al., 2020; Zhu et al., 2020). Acciones como mantener una sana distancia, emplear adecuadamente el cubrebocas, lavarse las manos o evitar el contacto cercano con personas potencialmente infectadas pueden llegar a ser difíciles de seguir por aquellos pacientes con un compromiso en sus capacidades cognitivas, en la percepción de riesgo/peligro o en su *in-sight* y autocuidado (Guimond, 2019), lo cual origina no solo una mayor vulnerabilidad para contraer la infección por SARS-COV-2, sino también para convertirse en una fuente de contagio.

Como ya se dijo, la pandemia ha generado miedo y ansiedad, y los pacientes con trastornos psiquiátricos graves no han sido inmunes a estos malestares; de hecho, son más susceptibles al estrés (Liebrenz et al., 2020; Duan y Zhu, 2020) generado por la incertidumbre, el aislamiento, la infodemia, las condiciones de violencia en el hogar y diversos estresores más identificados en esta contingencia (en particular durante su primera fase y en los momentos de repunte, con nuevas olas de contagios). De ahí que las recaídas o el aumento en comorbilidades psiquiátricas hayan sido parte del panorama de estos años entre la población ya mencionada.

Además de ello, los pacientes con bipolaridad, depresión resistente al tratamiento o esquizofrenia que presentan sedentarismo, poca actividad física, malos hábitos alimentarios, consumo incrementado de alcohol, tabaco y otras sustancias, han mostrado mayor probabilidad de padecer obesidad y complicaciones cardiometabólicas (Lopuszanska et al., 2014; Sartorious, 2013; Lewis, 2020), las cuales, como bien se sabe, disminuyen la expectativa de vida entre 13 y 30 años (Schneider et al., 2019) y en tiempos del SARS-COV-2 han significado un mayor riesgo tanto para contraer la infección por este coronavirus como para tener una evolución tórpida y complicada en caso de resultar afectados (Druss, 2020).

¿Existe un factor adicional que puede comprometer tanto el riesgo de contagio como la evolución de la infección en individuos con un trastorno psiquiátrico mayor? Sí, desafortunadamente, antes de la COVID-19 ya se tenía documentada una mayor incidencia de neumonía en pacientes con esquizofrenia (Haga et al., 2018; Chou et al., 2013), relacionada con el uso de antipsicóticos y el tabaquismo intenso, además de que fármacos como la clozapina

provocan un compromiso importante en la respuesta inmune (Dzahini et al., 2018).

A lo descrito en estos párrafos se suma la falta de adherencia terapéutica que ya antes ha sido estudiada en pacientes con trastornos psiquiátricos graves (Dolder et al., 2003; Vargas-Huicochea et al., 2014; Blixen et al., 2016), entre quienes el apego deficiente se da tanto respecto a los tratamientos farmacológicos e indicaciones para su condición psiquiátrica, como a los fármacos y medidas que puedan ser prescritos para no contagiarse o para tener una evolución favorable y evitar complicaciones.

Como podemos ver, la pandemia ha significado grandes retos para todos nosotros, pero, en definitiva, tener una condición ya de por sí estigmatizada y marginada, como es el caso de los trastornos psiquiátricos graves, imprime desafíos todavía más grandes. El riesgo de contagiarse y complicarse parece ser más la regla que la excepción entre este grupo poblacional, dada una infinidad de factores personales, propios de la enfermedad y socioeconómicos, que inciden para generar un panorama nada favorecedor. Entre las enseñanzas de lo que ha sucedido con este tipo de pacientes durante la pandemia por COVID-19 (que aún no termina), destacamos que debemos continuar fomentando la psicoeducación para que los pacientes y sus familiares comprendan las características de su condición y puedan contemplar los riesgos potenciales; por supuesto, de la mano de un mejor entendimiento de la patología psiquiátrica que padecen, se debe compartir información veraz y clara sobre lo que implica la infección por el SARS-COV-2 y las medidas necesarias para su prevención y tratamiento, así como los síntomas de alarma que ameritan una evaluación médica.

Sin duda, es recomendable insistir en la vacunación como una forma de evitar, si no el contagio, sí las complicaciones o la muerte por la infección de este coronavirus. Por ello, de nuevo es importante establecer un canal de comunicación efectivo con pacientes y familiares, favoreciendo la alfabetización en salud y disminuyendo el impacto de la infodemia.

Reconocemos ahora el valor de un estilo de vida saludable en cuanto a la alimentación, hábitos de sueño, actividad física, socialización y no consumo de sustancias. Y aunque son elementos que desde hace mucho se destacan en

la consulta de monitoreo psiquiátrico, hoy por hoy se presentan como factores que deben mejorar como parte de las diferentes acciones frente a esta crisis humanitaria que vivimos y que será necesario atender de manera más efectiva en los pacientes con trastornos psiquiátricos graves.

Finalmente, la tele consulta de salud mental es un recurso que llegó para quedarse, una muy buena alternativa para no suspender el monitoreo y atención de los pacientes con psicopatologías mayores, en el entendido de que el monitoreo y cercanía con sus médicos tratantes podría hacer una gran diferencia en cómo enfrente un paciente psiquiátrico una crisis, ya sea esta pandemia o algún otro desafío que se le presente.

PRINCIPALES SECUELAS NEUROPSIQUIÁTRICAS DERIVADAS DE LA PANDEMIA

La COVID-19, infección ocasionada por el virus SARS-COV-2, ha mostrado diferentes afectaciones no solo relacionadas con la etapa aguda de la enfermedad y su gravedad; ahora nos enfrentamos a un impacto diferente en los sobrevivientes, por el desarrollo de secuelas con una variedad de síntomas en varios órganos y sistemas. El sistema nervioso ha merecido un particular interés, dado que es posible vía de entrada del virus y por las consecuencias observadas de la infección, agrupadas en lo que conocemos hoy como COVID-largo (*long COVID*) y definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como condiciones post-COVID. Dichas condiciones aparecen en un lapso de tres meses después de la infección por SARS-COV-2, duran al menos dos meses y no pueden ser explicadas por un diagnóstico alternativo. Tienen un impacto funcional en las actividades de la vida diaria y un curso que puede ser fluctuante o de aparición nueva tras la infección (WHO, 2021). Las afectaciones neuropsiquiátricas directas reportadas son varias; a continuación, nos referiremos a las más incapacitantes y estudiadas al momento.

Trastorno cognitivo

Este síntoma ha sido uno de los más reportados y estudiados. Coloquialmente descrito como un aturdimiento mental (*brain fog*) (Asadi-Pooya et al., 2022), se ha encontrado en hasta 26 % de los pacientes sobrevivientes a COVID-19 a su egreso del hospital. Cuando se evalúa en el autorreporte de las quejas sintomáticas, la afectación es variable entre las series observadas, con una presencia ubicada en 10 a 19 % de los casos. La demostración objetiva de afección cognitiva a un año de la enfermedad se ha visto entre 16 y 46 % de los casos (Latronico et al., 2002; Mendez et al., 2022); las diferencias de prevalencia de esta afectación están relacionadas con el tipo de población estudiada, en donde influyen diferentes aspectos de la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, ingreso hospitalario, requerimiento de oxígeno, ventilación mecánica, hipoxemia persistente, enfermedad neurológica preexistente, edad y comorbilidades asociadas). En una cohorte que fue estudiada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” se ha reportado una frecuencia de deterioro cognitivo a seis meses de 54 % (García-Grimshaw et al., 2022).

Las características objetivas de la queja cognitiva incluyen los trastornos disejecutivos, que abarcan la alteración de diferentes dominios, a saber: atención, memoria de trabajo, lenguaje y funciones ejecutivas (Hampshire et al., 2021). Este patrón de afección cognitiva es predominantemente de tipo subcortical, lo cual trastorna la funcionalidad para el trabajo habitual, las actividades de múltiples tareas, la planeación y ejecución de nuevos planes. Es, asimismo, parecido al deterioro cognitivo vascular asociado al envejecimiento, con factores de riesgo como hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y obesidad, que, se sabe, contribuyen a una de las mayores cargas de acumulación de años de vida con discapacidad en la vida adulta. Cuando uno considera esta secuela para los sobrevivientes de COVID-19, en su mayoría adultos en edad económicamente activa, las afectaciones a la funcionalidad individual de salud y económica como grupo son trascendentales y desconocemos aún su impacto potencial.

Entre las posibles causas relacionadas con estos síntomas se ha sugerido que existe un daño directo al sistema nervioso por el virus SARS-COV-2, con

vía de entrada a través del bulbo olfatorio, mediado por el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2), así como la proteína-serasa transmembrana tipo 2 (TMPRSS2) y neurofilina 1. Al respecto, hay resultados contradictorios sobre el hallazgo del virus en el cerebro determinado por PCR en tiempo real, con evidencias en ambos sentidos sobre su presencia directa en tejido cerebral (Matschke et al., 2020; Yang et al., 2021).

Es de interés el hecho de que la mediación de cambios inmunogénicos producidos por SARS-COV-2 puede participar en el daño sin requerimiento de presencia directa del virus en el cerebro; las hipótesis asociadas a dicha afectación incluyen: vulnerabilidad hipocampal a la hipoxemia persistente, neurodegeneración desencadenada por inflamación persistente y gliosis favorecida por activación de células T citotóxicas. Esta desregulación inmune empieza a intentarse medir con diferentes candidatos propuestos, como la eotaxina-1 (quimioquina asociada a neurogénesis hipocampal, función cognitiva y activación de microglía hipocampal). Como desencadenante de esta desregulación inmune se ha propuesto la hipoxemia y, como predictores, los niveles de proteína C reactiva, procalcitonina e interleucina-6 (García-Grimshaw et al., 2022).

Las consecuencias cerebrales relacionadas con la infección aguda forman parte de la compleja evolución de la COVID-19; se considera que alrededor de 0.8 y 1.4% de los pacientes internados desarrollará alguna forma de enfermedad vascular cerebral que complica el desempeño cerebral de acuerdo con la zona afectada, incluso en ausencia de un síndrome neurovascular agudo. También se han detectado anomalías en el cerebro, particularmente enfermedad de sustancia blanca y microsangrados cerebrales que favorecen el desarrollo de secuelas cognitivas (Flores-Silva et al., 2021).

En cuanto al tratamiento de este déficit cognitivo, aún hay un extenso vacío de información; los primeros abordajes sugieren un parecido al llamado *chemo brain*, que está relacionado con las fallas cognitivas en los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia; en este sentido, y dadas las similitudes en fallas ejecutivas, se proponen como posibles medidas terapéuticas los ejercicios de repetición, de relajación, de copia-planeación sistemática en las actividades donde se detecten las fallas, así como los fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa, anti-NMDA y los favorecedores de vigilia (Crook et al., 2021).

Fatiga

La fatiga documentada tras la COVID-19 va más allá de la sensación subjetiva de cansancio y alude, más bien, a la disminución de las capacidades físicas y mentales, sin existir alguna secuela identificable, que afectan la funcionalidad y la posibilidad de regresar al estatus previo al contagio. Hay una asociación directa con la gravedad de la enfermedad y su prevalencia se ha reportado en alrededor de 24 % de las personas durante los primeros seis meses después de la enfermedad, aunque existen reportes tan altos como 48 % un año después de la infección (Huang et al., 2021).

Se ha involucrado el hipometabolismo del lóbulo frontal y cerebelo, relacionado con inflamación sistémica, con mecanismos de mediación inmunológica, como posibles responsables de la persistencia de fatiga. Por supuesto, los factores sociales y psicológicos ligados a la pandemia y la infección misma contribuyen a esta sensación subjetiva incapacitante, que tiene un paralelismo con la encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica, donde la predisposición genética, así como la respuesta inmune a infecciones y sus consecuencias, parecen ser el origen (Komaroff y Lipkin, 2021).

La similitud con este síndrome ha hecho que se proponga un abordaje terapéutico similar, que incluye la terapia cognitivo conductual, terapia de ejercicio escalonado y fármacos favorecedores de vigilia. Empero, la eficacia de estas medidas aún no se ha demostrado para el síndrome post-COVID (Crook et al., 2021).

Ansiedad y depresión

La depresión y ansiedad son secuelas bien conocidas de algunas enfermedades infecciosas y crónicas. Es complejo desentrañar el vínculo entre el SARS-COV-2 y las secuelas neuropsiquiátricas, en parte debido al papel que juegan otros estresores psicológicos y sociales, como el miedo, la incertidumbre, las medidas de confinamiento y el duelo asociado con la crisis por COVID-19. Se estima que la pandemia aumentó en 25 % la prevalencia de ansiedad a nivel

mundial. Apoyando el vínculo entre estos factores y el desarrollo de estas patologías, un estudio poblacional que analizó individuos con COVID-19 de leve a moderado y personas sanas encontró una mayor frecuencia de ansiedad de reciente inicio entre individuos negativos a SARS-COV-2. En personas infectadas con SARS-COV-2 solo se ha demostrado una asociación débil entre la infección y estos síntomas (OR 1.08; IC del 95 %: 1.07-1.10).

La frecuencia de ansiedad un mes después de la infección por SARS-COV-2 puede llegar a ser de 40 %, y hasta 35 % de los sobrevivientes desarrollan síntomas depresivos (Lewis, 2020; Schneider et al., 2019). En la mitad de los afectados, la ansiedad y la depresión suelen mejorar durante los primeros 90 días después de la enfermedad aguda. A los seis meses, la prevalencia de ansiedad (19.1 %; IC 95 %, 13.3-26.8 %) y depresión (12.9 %; IC 95 %, 7.5-21.5 %) disminuye. La ansiedad es más frecuente en pacientes no hospitalizados y la depresión entre los hospitalizados, lo cual sugiere que la ansiedad puede no estar totalmente provocada por la gravedad de la COVID-19.

La gravedad de la enfermedad, la duración de la estancia hospitalaria, el requisito de ventilación mecánica invasiva y tener un peor desenlace funcional son factores de riesgo para desarrollar depresión después de tener COVID-19. En Italia se encontró una correlación positiva entre la elevación de biomarcadores inflamatorios y la gravedad de la psicopatología tres meses después del alta hospitalaria, entre ellos los síntomas de ansiedad/depresión y trastornos del sueño, pero no con el trastorno de estrés postraumático. Esas tasas y la gravedad de la psicopatología (especialmente la depresión) disminuyen en paralelo con los biomarcadores inflamatorios medidos uno y tres meses después del alta. Recientemente, en un estudio realizado en población mexicana, no se halló nexo entre los factores inflamatorios sistémicos o el desarrollo de trastorno neurocognitivo seis meses posteriores al egreso hospitalario y el desarrollo de ansiedad o depresión.

Lo que hasta el momento se sabe de estas patologías es que su prevalencia puede alcanzar 26 % un año después del egreso, una tasa más alta a la documentada durante el seguimiento a largo plazo de sobrevivientes a otros brotes de coronavirus. Sin embargo, al analizar estas proporciones debemos considerar las diferencias entre la patogenicidad/virulencia del SARS-COV-2 en

comparación con otros coronavirus, y que en la mayoría de los estudios hasta el momento han sido evaluados sobrevivientes de la primera ola, es decir, antes de que los corticosteroides se convirtieran en el estándar de atención.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT se desarrolla en hasta 43 % de los pacientes dentro del primer mes después de recuperarse de la infección. Como en otras condiciones psiquiátricas post-COVID, esta patología generalmente mejora durante los primeros 90 días. A los cuatro meses, la prevalencia alcanza un 30 %, similar a la reportada durante otros brotes de coronavirus y eventos traumáticos colectivos. Un meta-análisis de once estudios que incluyeron a 4 991 personas reveló una prevalencia de 15.7 % (IC 95 %, 9.9-24.1 %) sin diferencias entre pacientes hospitalizados (15.4 %; IC 95 %, 9.8 %-23.3 %) y no hospitalizados (15.3 %; IC 95 %, 6.0-33.7 %) durante los primeros seis meses después de la fase aguda de la COVID-19, comparable al 16.8 % (IC 95 %, 13.7-20.1 %) notificado entre los pacientes en estado crítico sin COVID-19. El único estudio que analiza este resultado al año de resuelta la infección informa una frecuencia de 24.6 por ciento.

El sexo femenino, los antecedentes de trastornos psiquiátricos, el desarrollo de delirio y los síntomas de ansiedad/depresión durante la enfermedad aguda se han descrito como factores de riesgo. En pacientes sin COVID-19 y sin enfermedad médica grave, las enfermedades autoinmunes o inflamatorias, el aumento de los niveles de interleucina (IL)-6, IL-1 β , el factor de necrosis tumoral (TNF)- α e interferón- γ , biomarcadores que generalmente aparecen elevados en COVID-19, están asociados con el TEPT. Sin embargo, no se ha observado dicha asociación después de la COVID-19. Por lo tanto, aún no se ha determinado el papel de los biomarcadores inflamatorios en el desarrollo de TEPT después de la infección.

La pandemia por sí misma ha incrementado la prevalencia de ansiedad y depresión hasta en 25 %; es posible que estas afectaciones no sean diferentes entre quienes han padecido COVID-19, independientemente de la gravedad, y quienes han estado libres de enfermarse; sin embargo, algunos estudios han

mostrado una asociación positiva, aunque débil, entre la infección por SARS-COV-2 y la ocurrencia de ansiedad y depresión, en comparación con individuos sin historial de infección. La prevalencia de ansiedad a seis meses de la infección es de 19 %, mientras que la depresión se estima en 13 %; la ansiedad parece más asociada con los individuos no hospitalizados, mientras que la depresión ocurre de forma más frecuente entre los hospitalizados (Badenoch et al., 2021).

Los marcadores inflamatorios más elevados durante la etapa aguda de la enfermedad se han correlacionado con la severidad de estos síntomas, y se ha visto que, en tanto van estos disminuyendo, se observa una mejoría. En favor de esta hipótesis es interesante destacar un reporte donde la introducción de corticoesteroides como estándar de tratamiento en el paciente hospitalizado con hipoxemia mejora, además de la mortalidad, la ocurrencia de depresión a doce meses de la enfermedad (Catalán et al., 2022).

Otras manifestaciones neuropsiquiátricas

Otras manifestaciones de índole neurológica y psiquiátrica reportadas después de la infección por SARS-COV-2, con diversos grados de afectación funcional, son el trastorno por estrés postraumático, cefalea, temblor, anosmia-disgeusia (trastorno en el sentido del gusto), neuropatía-miopatía, insomnio, vértigo, enfermedad vascular cerebral, crisis convulsivas; varias de ellas, al parecer, influenciadas por la gravedad y duración de la enfermedad aguda, así como de las comorbilidades previas. En la tabla 1 se resumen las principales manifestaciones neuropsiquiátricas post-COVID.

Oportunidades de innovación

En 2015, Gillian Isaacs-Russell publicó *Relaciones virtuales: los límites del psicoanálisis y la psicoterapia mediados por computadora*. Miembro del Consejo Psicoanalítico Británico, la doctora Russell formó parte del equipo asesor

TABLA 1
PRINCIPALES MANIFESTACIONES
NEUROPSIQUIÁTRICAS POST-COVID

Afectación	Frecuencia a seis meses	Mecanismos propuestos
Deterioro cognitivo	16-54 %	Invasión directa por SARS-COV-2 vía receptor de ECA-2 (enzima conversiva de la angiotensina) Hipoxia con cambios cerebrales en áreas susceptibles Desregulación inmune con propuestas de quimiocinas como CCL11 (eotaxina-1) Estado hiperinflamatorio e hipercoagulable, con lesión cerebral específica (frontal o límbica), complicada con lesiones vasculares (lesiones sustancia blanca y micro-sangrados)
Fatiga	24-48 %	Factores sociales y psicológicos Efectos inmunes de infección posviral Alteraciones de metabolismo frontal y cerebeloso
Ansiedad	19 %	Inflamación sistémica Factores sociales y psicológicos
Depresión	13 %	Inflamación sistémica Factores sociales y psicológicos

Fuente: García-Grimshaw et al., 2022.

COVID-19 de la Asociación Psicoanalítica Estadounidense y del Comité Editorial de la revista *British Journal of Psychotherapy*, la cual, en 2020, la invitó a una serie de entrevistas (Isaacs-Russell, 2020) para responder a una pregunta que, de no ser por el advenimiento de la epidemia por coronavirus, difícilmente se habría podido anticipar: ¿un proceso terapéutico puede ser igualmente eficaz si se lleva a cabo de manera remota comparado con el esquema presencial? Su libro, ahora influyente en el campo de la telepsiquiatría, intenta responder cuestiones fundamentales en investigación: qué sucede con la pérdida del consultorio como espacio físico que sirve de continente-contenido, tanto para el clínico como para el paciente; qué relación guardan el encuadre terapéutico y el tiempo, la proximidad física y la forma en que esta influye en la

calidad de la comunicación (Bayles, 2012); y cómo, ante la amenaza y la incertidumbre planteadas por el virus SARS-COV-2, podemos centrar un enfoque en la transferencia y la contratransferencia, en presencia de la amenaza de contagio. La autora hace una descripción de lo que sucede con los pilares del enfoque psicodinámico, la asociación libre, la atención libremente flotante y el *rêverie* cuando se trabaja por teléfono o en línea, y concluye que la pandemia actual ha venido a alterar de manera profunda y permanente la forma en que los expertos en salud mental van a desarrollar su trabajo, y que también ha permitido dimensionar el sitio que el trauma ocupa en nuestras vidas, algo que ha llevado a la OMS a denominar la salud mental como “la otra pandemia” (De Vogli et al., 2021).

El abordaje de Isaacs-Russell, empero, no es del todo novedoso. Autores recientes habían discutido ya el papel de la tecnología (principalmente teléfono y Skype) en el tratamiento de pacientes y la supervisión de candidatos en entrenamiento, haciendo una distinción clara entre el tipo de pacientes que se verían más beneficiados por la intervención vía remota, con base en investigaciones neurofisiológicas que apoyan la existencia de neuronas espejo audiovisuales que facilitan un canal de comunicación intermodal entre los sentidos y apoyan la existencia de un instinto para la comunicación y la comprensión que puede no requerir de la proximidad física de los participantes (Merchant, 2016).

El uso de la tecnología para llevar a cabo psicoterapia había llevado a los autores a discutir el desmantelamiento del *aquí y el ahora*, así como la forma en que el proceso de simbolización en la diada analítica se ve alterado por el uso del video, cómo algunos terapeutas consideran que esta modalidad resulta poco genuina e incluso llegan a describir el habla durante las sesiones como aplanada, y reportan que la dificultad inherente al uso de la tecnología no les permite mantener la atención libremente flotante, como sí sucede con el encuadre clásico (Gutiérrez, 2017). Los criterios de selección para determinar la utilidad y el éxito de un trabajo analítico se discutieron prepandemia, y una crítica atinada y cuidadosa al trabajo de Isaacs-Russell (Ehrlich, 2019) documentó que, con pacientes motivados, la distancia física no constituye la barrera o limitación importante que los críticos de entonces aducían. La

autora describe un modelo híbrido con sesiones presenciales en pacientes que, por motivos diversos (en su mayoría limitantes geográficas, cambio de trabajo, etcétera), no pueden asistir al formato tradicional, y considera que no se debe considerar el uso del teléfono o el video una aproximación menos eficaz o de menor calidad cuando se les compara con el formato de psicoterapia presencial.

Una revisión sobre el trabajo en línea durante la pandemia (Merchant, 2021) describe el fenómeno de la *desinhibición en línea*, también denominado la *distancia del medio*, el cual permite que tanto el material negativo como el positivo emerjan durante el tratamiento, y se afirma que facilita la interacción entre terapeuta y paciente. Los aspectos positivos que se pueden derivar de esta *nueva normalidad* y forma de interactuar incluyen desde las distintas formas de usar la pantalla hasta elementos que pueden favorecer la alianza terapéutica.

Cambio de paradigma

El acceso a la telemedicina, definida como el uso de comunicación electrónica, digital o por medio de internet para la atención de pacientes, es una variable que no fue constante en todos los contextos en que la pandemia obligó a los profesionales en salud mental a trabajar; las condiciones de confinamiento y aislamiento social hicieron más evidentes las necesidades insatisfechas en salud mental, especialmente porque no todos los pacientes o, en algunos casos, el personal de salud, contaban con el mismo nivel de entrenamiento digital para participar en este cambio repentino. A diferencia del resto de las especialidades médicas, que pudieron implementar de manera casi inmediata el acceso y la capacitación en el uso de las plataformas, el caso de la telepsiquiatría constituye un escenario particular por el tipo de población que atiende. Si bien se comprobó que los servicios en línea, a dos años del confinamiento, se pudieron implementar para brindar apoyo a la mayoría de los pacientes y sus familiares, el uso de esta tecnología, como las aplicaciones móviles, se perfiló como una alternativa viable para el campo de la salud mental (Di-Carlo, 2021).

Por otro lado, es importante resaltar que, en comunidades históricamente marginadas y desatendidas, las disparidades en el acceso a la salud (y en la tasa de mortalidad del virus) se hicieron más visibles durante la pandemia. Un estudio llevado a cabo en Nueva York al inicio del confinamiento (abril-junio de 2020) demostró que, si bien existen ventajas innegables en la adopción de la telemedicina, la transición no fue posible en los primeros niveles de atención que brindaban servicios a comunidades de bajos ingresos, minorías o inmigrantes, las cuales eran, a su vez, las más afectadas por la enfermedad. El acceso a la tecnología estuvo determinado por el nivel de ingreso e índice de vulnerabilidad de los residentes: el personal de salud en áreas de ingreso superior tuvo mayor acceso a video (Zoom, Skype), en comparación con los proveedores que laboraban en las comunidades de menor ingreso, cuyo acceso a telemedicina fue mediante el teléfono (*Chang et al., 2021*).

La telepsiquiatría durante el confinamiento permitió dar continuidad a la atención de los pacientes y fue una de las categorías de la telemedicina que experimentó un crecimiento más rápido. Es una opción rentable; en general, es relativamente sencilla de implementar en contextos de recursos medios y bajos, y ofrece la posibilidad de ser una herramienta que brinda confidencialidad al usuario. Algunos estudios han revelado que la carga por enfermedad en el caso de las enfermedades mentales se vio doblemente afectada, en comparación con el resto de los padecimientos, debido a que la naturaleza misma de los cuadros, el confinamiento, la incertidumbre, el retraso en la búsqueda de atención y los casos nuevos producto de la pandemia vinieron a complicar un panorama ya de por sí complejo (*Motamed et al., 2022; Diwan et al., 2021*).

Los países que, al momento de implementar la telepsiquiatría, tuvieron que enfrentar, además de la pandemia, escenarios regulatorios de tecnología y de mecanismos de reembolso vía las compañías aseguradoras, vieron un retraso en la implementación de las plataformas digitales. Sin embargo, la información que han podido generar a partir del cambio demuestra que los usuarios recibieron esta revolución tecnológica de manera positiva y propositiva. Los hospitales lograron incrementar su volumen de pacientes atendidos, y la tasa de ausentismo o pérdida al seguimiento, siempre un dilema difícil

de abordar en la atención en salud mental parece haber disminuido de modo importante con el advenimiento de la tecnología. Para algunos, aun pasada la emergencia sanitaria, es probable que el modelo de telepsiquiatría se adopte de manera permanente (Chen et al., 2020).

Un estudio multicéntrico norteamericano de calidad y satisfacción con este tipo de servicios envió un cuestionario en línea a 14 000 pacientes con una respuesta de 3 070. La mayoría (82.2 %) calificó el servicio a través de video o teléfono (81.5 %) como *excelente* o *bueno*; el 63.6 % estuvo *de acuerdo* o *muy de acuerdo* en que las sesiones remotas fueron tan útiles como las presenciales. Entre las ventajas más frecuentes se reportaron: no requerir desplazarse para acudir a sus citas (n = 1 406, 46.1 %) y flexibilidad en la programación/reprogramación (n = 1 389, 45.5 %) de las mismas. Los desafíos: perder su espacio en la clínica/hospital (n = 936, 30.7 %) y no sentirse tan conectado con su médico/enfermera/terapeuta (n = 752, 24.6 %). Cuando se les preguntó si después de la pandemia querían continuar con esta modalidad, 1 937 (64.2 %) estuvieron *de acuerdo* o *muy de acuerdo* (Guinart et al., 2022). Los proveedores, por su parte, reportaron desafíos en el uso de la atención virtual (fatiga, problemas asociados al uso de la tecnología y preocupaciones ligadas a la edad); adultos mayores y niños fueron los dos grupos de edad que los expertos observaron con más dificultades en la atención por las barreras con la tecnología. Sin embargo, también reportaron beneficios para ellos y sus pacientes (comodidad y mayor acceso), lo que llevó a concluir que el personal de salud, en general, se mostró satisfecho con el uso de la telepsiquiatría (Parikh et al., 2021).

Otro estudio entre personal de salud que adoptó el esquema de telepsiquiatría reportó satisfacción en términos de la flexibilidad para programar citas y el inicio oportuno de las mismas. Los retos enfrentados por los usuarios reflejaron problemas con el manejo de la tecnología, la falta de acceso a internet o una baja conectividad. Al igual que con los pacientes, 64 % del personal de salud reportó interés en continuar utilizando esta plataforma al final de la pandemia (Guinart et al., 2021).

Finalmente, un estudio llevado a cabo en Austria, entre terapeutas de distintas escuelas (cognitivo conductual, humanista, psicodinámica y sistémica), exploró las percepciones del uso de la tecnología y su disposición a continuar

adoptándola. Al inicio del confinamiento (entre el 24 de marzo y el 1 de abril de 2020) se invitó a 1162 terapeutas a responder una encuesta en línea. Se les pidió comparar sus experiencias de brindar psicoterapia presencial, prepandemia contra el mismo ejercicio a distancia (en línea o por teléfono) en la actualidad. Para la mayoría de los participantes, la psicoterapia vía teléfono o internet no fue totalmente comparable a la presencial ($p < 0.001$). Los terapeutas psicodinámicos ($p = 0.001$) y humanísticos ($p = 0.005$) reportaron una mayor comparabilidad entre la psicoterapia telefónica y la presencial que los de la escuela cognitivo conductual. Las experiencias con la terapia a distancia (tanto por internet como por teléfono) fueron más positivas de lo esperado ($p < 0.001$). Los terapeutas psicodinámicos reportaron más experiencias positivas con la psicoterapia telefónica de lo esperado, en comparación con los terapeutas conductuales ($p = 0.03$) y sistémicos ($p = 0.002$). En general, la psicoterapia en línea se calificó más positivamente que la psicoterapia por teléfono ($p < 0.001$); sin embargo, los terapeutas psicodinámicos reportaron que sus expectativas previas eran iguales a sus experiencias con psicoterapia presencial, tanto para la psicoterapia por teléfono como en línea. Los profesionales encontraron que sus experiencias con la psicoterapia a distancia (fueron más positivas de lo esperado, pero que este modo no era totalmente comparable con la psicoterapia con contacto personal. Especialmente, se encontró que los terapeutas conductuales calificaban la psicoterapia por teléfono de manera menos favorable que los terapeutas de otras escuelas (Humer et al., 2020).

En 2021, la revista *British Journal of Psychotherapy* invitó de nuevo a Isaacs-Russell (2021) a dar su opinión sobre el *balance* del primer año de trabajo remoto y sobre si el futuro de la *nueva normalidad* en telepsiquiatría incluirá los formatos híbridos. En su opinión, la presencia del terapeuta es irremplazable y la tecnología, si bien fue un parteaguas en la atención de la salud mental, no es un equivalente equiparable. Fue un escenario que se implementó y resultó increíblemente valioso en una situación atípica como lo es y sigue siendo la actual pandemia; sin embargo, el retorno al esquema tradicional parece ser el deseable.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia por COVID-19 y el confinamiento, algunos grupos poblacionales fueron más vulnerables que otros a padecer enfermedades neuropsiquiátricas. En particular, quienes ya tenían algún padecimiento, los pacientes de alto riesgo y aquellos con condiciones médicas preexistentes estuvieron en mayor riesgo de presentar resultados adversos en salud mental. Asimismo, el personal de salud continúa siendo un grupo de especial riesgo, con una vulnerabilidad incrementada a experimentar a estrés psicológico. Los estresores de la pandemia incluyeron: confinamiento, falta de recursos, falta de acceso a atención médica, crisis financiera (desempleo y subempleo) (Pfefferbaum, 2020).

Además del impacto en la salud mental de la población, la situación actual también produjo un incremento en otros padecimientos epidémicos, como la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, el maltrato infantil y el abuso de sustancias. De acuerdo con el Sistema Nacional de Seguridad Pública, las llamadas al 911 para reportar violencia doméstica durante el primer trimestre de 2020 fueron mayores que en el mismo periodo de los últimos cinco años. En el primer cuatrimestre de 2020, se registró un aumento de 10 % en delitos relacionados con violencia doméstica, en comparación con 2019 (Gómez-McFarland y Sánchez-Ramírez, 2020). Al estar bajo mayor estrés e incertidumbre, puede aumentar el consumo de alcohol y otras sustancias. La evidencia sugiere que 16 % de la población a nivel mundial presentó síntomas de ansiedad, 28 % síntomas de depresión y 8 % reportó aumento de los niveles de estrés; todo lo anterior se acompañó de trastornos del sueño (Rajkumar, 2020). Se sabe que hasta 40 % de los sobrevivientes de enfermedad crítica por COVID-19 desarrollan deterioro cognitivo durante los primeros tres meses posteriores al egreso hospitalario, comparable al observado en pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado; 26 % de ellos presentan hallazgos similares a enfermedad de Alzheimer leve, siendo estos persistentes a 12 meses de seguimiento en 30 % de los casos (Toledo-Fernández, 2020).

El trastorno bipolar y la esquizofrenia son condiciones que, independientemente de la pandemia, siempre han conllevado retos en materia sanitaria, como la detección y diagnóstico oportunos, el tratamiento temprano y

pertinente, el seguimiento a largo plazo, los altos costos individuales y sociales, el impacto negativo y el deterioro de paciente y cuidadores, la no adherencia al tratamiento y las recaídas frecuentes, entre muchos otros. De tal manera que, al empatar los ajustes y cambios que ha traído la COVID-19 con las condiciones propias de los trastornos mentales graves, el desafío es aún mayor. Como ya se dijo, la pandemia ha generado miedo y ansiedad, y quienes viven con trastornos psiquiátricos mayores no han sido inmunes a ello, por lo que las recaídas o el aumento en comorbilidades psiquiátricas también ha sido parte del panorama de estos años en esa población. Asimismo, los pacientes con bipolaridad o con esquizofrenia, de la mano del sedentarismo y una actividad física disminuida, malos hábitos alimentarios, consumo incrementado de alcohol, tabaco y otras sustancias, han mostrado un mayor riesgo de padecer obesidad y complicaciones cardio metabólicas que impactan incluso en una disminución de su expectativa de vida de entre 13 y 30 años, y que, en tiempos de pandemia, han significado un mayor riesgo tanto para contraer la infección.

Si consideramos la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos, que en algunos casos podrían sumar cifras preocupantes, más la edad en que se están presentando cuadros compatibles con deterioro cognitivo, generalmente observados en adultos mayores, tendremos lo que algunos han denominado la *pandemia demorada*. El sector salud y los sobrevivientes del virus SARS-COV-2, en especial aquellos que cursaron con cuadros agudos que requirieron un manejo intrahospitalario, así como quienes actualmente cuentan con un diagnóstico de COVID largo (*long COVID*), tendrán que estar atentos a la aparición de síntomas que pueden, o no, evolucionar a cuadros neuropsiquiátricos y neurodegenerativos complejos (Serrano-Castro et al., 2020). La presencia de deterioro cognitivo, fallas de memoria, fatiga, alteraciones en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria, así como déficits neurocognitivos deberán tener un seguimiento y, en la medida de lo posible, una intervención para evitar otras secuelas. A lo anterior también debemos sumar las alteraciones en el estado de ánimo más reportadas en este grupo de pacientes, como ansiedad y depresión, que con frecuencia requieren de tratamiento farmacológico y conductual (por ejemplo, esquemas de rehabilitación neuropsicológica).

La telemedicina, y en especial la telepsiquiatría, en la era de COVID-19 eliminó las barreras geográficas para la atención médica e implicó menor tiempo y desembolso de dinero para la gente (Basit et al., 2020). Probó ser una herramienta útil durante el confinamiento y, dado que se desconoce con certeza el panorama venidero de medidas de distanciamiento social por las subsecuentes variantes delta y ómicron (WHO, 2022) que la OMS estratificó como variantes de interés (VOI, por sus siglas en inglés) y variantes de preocupación (VOC), esta última ya es parte de la nueva normalidad. Entre las ventajas de la telemedicina se encuentra una mayor conveniencia para los pacientes, al eliminar la necesidad del traslado, así como la reducción de la transmisión del virus a otros y al personal de salud (Socarrás et al., 2020).

Más allá de las potencialidades luminosas de la adopción de la tecnología para ampliar el acceso a la salud mental, en un país como México, en el que la tasa de psiquiatras por cada 100 000 habitantes es de 3.68, menor a la recomendación de la OMS (Heinze et al., 2016), y donde la demanda insatisfecha es cada vez mayor, podemos pensar que, antes de las reformas estructurales necesarias para lograr un acceso oportuno, equitativo y de calidad, y citando lo que el doctor Carlos Campillo, connotado psiquiatra y optimista darwiniano, dijo durante una ponencia en la Academia Nacional de Medicina de México en 2021: “lo único bueno que trajo la pandemia fue que sacó del closet a la salud mental y puso en el mapa la telepsiquiatría”.

Mientras se debate el futuro del coronavirus, el número de mutaciones de los aminoácidos de cada variante que las vacunas logran identificar y el mecanismo para alcanzar la meseta inmunológica (The New York Times, 2022) fueron hallazgos fortuitos que cambiaron de manera permanente la geografía de la salud mental en un plano global.

AGRADECIMIENTOS

Los autores colaboran en el proyecto FORDECYT 11723: Frecuencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con COVID-19: una propuesta de intervención.

Asimismo, agradecen a la alumna María Alonso Catalán (Facultad de Medicina, UNAM) y a la MPSS Erika Itzel Frías Covarrubias (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM) por su colaboración en el presente manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asadi-Pooya, A. A., Akbari, A., Emami, A. y cols. (2022). Long COVID syndrome-associated brain fog. *Journal of Medical Virology*, (94), 979-984.
- Atashi, V., Abolhasani, S. y Afshari, A. (2022). Health-care workers' experience of stressors and adaptation strategies for COVID-19: A qualitative research. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(34). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_314_21
- Basit, S. A., Mathews, N. y Kunik, M. E. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 62, 28-36.
- Badenoch, J. B., Rengasamy, E. R., Watson, C. y cols. (2021). Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Brain Commun*, 4, fcab297.
- Bayles, M. (2012). Is physical proximity essential to the psychoanalytic process? An exploration through the lens of Skype. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(5), 569-585.
- Blixen, C. E., Kanuch, S., Perzynski, A. T., Thomas, C., Dawson, N. V. y Sajatovic, M. (2016). Barriers to self-management of serious mental illness and diabetes. *American Journal of Health Behavior*, 40(2), 194-204.
- Catalán, I. P., Martí, C. R., Sota, D. P. y cols. (2022). Corticosteroids for COVID-19 symptoms and quality of life at 1year from admission. *Journal of Medical Virology*, 94(1) 205-210.
- Chang, J. E., Lai, A. Y., Gupta, A., Nguyen, A. M., Berry, C. A. y Shelley, D. R. (junio de 2021). Rapid transition to telehealth and the digital divide: implications for primary care access and equity in a post-COVID era. *Milbank Q.*, 99(2), 340-368.

- Chen, J. A., Chung, W. J., Young, S. K., Tuttle, M. C., Collins, M. B., Darghouth, S. L., Longley, R., Levy, R., Razafsha, M., Kerner, J. C., Wozniak, J. y Huffman, J. C. (septiembre-octubre de 2020). COVID-19 and telepsychiatry: early outpatient experiences and implications for the future. *General Hospital Psychiatry*, 66, 89-95.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Chou, F. H. C., Tsai, K. Y. y Chou, Y. M. (2013). The incidence and all-cause mortality of pneumonia in patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(4), 460-466.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2021). *Repositorio Digital*. <https://repositorio.cepal.org/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2022). Diagnóstico de Matrices de Indicadores para Resultados. <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>
- Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M. y Edison, P. (26 de julio de 2021). Long COVID-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ*, (374), n1648.
- De Vogli, R., Buio, M. D. y De Falco, R. (noviembre-diciembre de 2021). Effects of the COVID-19 pandemic on health inequalities and mental health: effective public policies. *Epidemiol Prev*, 45(6), 588-597.
- Di-Carlo, F., Sociali, A., Picutti, E., Pettorruso, M., Vellante, F., Verrastro, V., Martinotti, G. y Di-Giannantonio, M. (enero de 2021). Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. *International Journal of Clinical Practice*, 75(1), e13716.
- Diwan, M. N., Awan, A., Hashir M. B. B. S., Aamir, A., De Filippis, R. M. D. †, y Ullah, I. (febrero de 2021). Telepsychiatry in low-and middle-income countries during COVID-19, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(2), 144-146.
- Dolder, C. R., Lacro, J. P. y Jeste, D. V. (2003). Adherence to antipsychotic and nonpsychiatric medications in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 156-162.

- Druss, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 891-892.
- Duan, L. y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Dymecka, J., Gerymski, R. y Machnik-Czerwik, A. (2022). How does stress affect life satisfaction during the COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense of coherence and fear of coronavirus. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 280-288.
- Dzahini, O., Singh, N., Taylor, D. y Haddad, P. M. (2018). Antipsychotic drug use and pneumonia: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 32(11), 1167-1181.
- Efeoğlu, İ. E. y Kılınçarslan, Ö. (2022). Pandemic experiences of family physicians infected with the COVID-19: a qualitative study. *BMJ Open*, 12(4), e052955.
- Efstathiou, V., Stefanou, M. I., Demetriou, M., Siafakas, N., Makris, M., Tsigoulis, G., Zoumpourlis, V., Kypouropoulos, S. P., Tsoporis, J. N., Spandidos, D. A., Smyrnis, N. y Rizos, E. (2022). Long COVID and neuropsychiatric manifestations. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(5), 1-12.
- Ehrlich, L. T. (abril de 2019). Teleanalysis: slippery slope or rich opportunity? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(2), 249-279.
- Fainardi, V., Meoli, A., Chiopris, G., Motta, M., Skenderaj, K., Grandinetti, R., Beggomi, A., Antodaro, F., Zona, S. y Esposito, S. (2022). Long COVID in children and adolescents. *Life*, (12), 285.
- Fernandes, J., Tavares, I., Bem-Haja, P., Barros, T. y Carrito, M. L. (2022). A longitudinal study on maternal depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: the role of strict lockdown measures and social support. *International journal of public health*, 31.
- Flores-Silva, F. D., García-Grimshaw, M., Valdes-Ferrer, S. I. y cols. (2021). Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19 in Mexico City. *PLoS One*, (16), e0247433.
- García-Grimshaw, M., Chirino-Pérez, A., Flores-Silva, F. D., Valdés-Ferrer, S. I., Vargas-Martínez, M. L. Á., Jiménez-Ávila, A. I., Chávez-Martínez, O.

- A., Ramos-Galicia, E. M., Marché-Fernández, O. A., Ramírez-Carrillo, M. F., Grajeda-González, S. L., Ramírez-Jiménez, M. E., Chávez-Manzanera, E. A., Tusié-Luna, M. T., Ochoa-Guzmán, A., Cantú-Brito, C., Fernandez-Ruiz, J. y Chiquete, E. (2022). Critical role of acute hypoxemia on the cognitive impairment after severe COVID-19 pneumonia: a multivariate causality model analysis. *Neurological Sciences*, 43(4), 2217-2229. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05798-8>
- García-Grimshaw, M., Sankowski, R. y Valdés-Ferrer, S. I. (11 de marzo de 2022). Neurocognitive and psychiatric post-coronavirus disease 2019 conditions: pathogenic insights of brain dysfunction following severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *Current Opinion in Neurology*. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001046>
- García-Grimshaw, M., Sankowski, R., Valdés-Ferrer, S. I. (1 de junio de 2022). Neurocognitive and psychiatric post-coronavirus disease 2019 conditions: pathogenic insights of brain dysfunction following severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. ¿*Current Opinion in Neurology?*, 35(3) 375-383.
- Gómez-McFarland, C. A. y Sánchez-Ramírez, M. C. (2020). Violencia familiar en tiempos de COVID. *Mirada Legislativa*, (187), 1-31.
- Gong, Y., Liu, X., Zheng, Y., Que, J., Yuan, K., Ya, W., Shi, L., Meng, S., Bao, Y. y Lu, L. (2022). COVID-19 induced economic slowdown and Mental Health Issues. *Front Psychol*, (13), 777350.
- Guinart, D., Marcy, P., Hauser, M., Dwyer, M. y Kane, J. M. (junio de 2021). Mental health care providers' attitudes toward telepsychiatry: a systemwide, multisite survey during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services*, 72(6); 704-707.
- Guinart, D., Marcy, P., Hauser, M., Dwyer, M. y Kane, J. M. (diciembre de 2022). Patient attitudes toward telepsychiatry during the COVID-19 pandemic: a nationwide, multisite survey. *JMIR Ment Health*, 7(12), e24761.
- Guimond, S., Keshavan, M. S. y Torous, J. B. (2019). Towards remote digital phenotyping of cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 208, 36-38 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.04.016>

- Gutiérrez, L. (agosto de 2017). Silicon in “pure gold”? Theoretical contributions and observations on tele analysis by videoconference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(4), 1097-1120.
- Haga, T., Ito, K., Sakashita, K., Iguchi, M., Ono, M. y Tatsumi, K. (2018). Risk factors for pneumonia in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports*, 38(4), 204-209.
- Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S. R., Jolly, A. E., Grant, J. E., Patrick, F., Mazibuko, N., Williams, S. Cr., Barnby, J. M., Hellyer, P. y Mehta M. A. (2021). Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine*, (39), 101044.
- Heinze, G., Del Carmen-Chapa, G. y Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Mental*, 39(2), 69-76.
- Ho-Fung, C., Andersson, E., Hsuan-Ying, H., Acharya, G. y Schwank, S. (2022). Self-reported mental health status of pregnant women in Sweden during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 1-12.
- N., Deng, H., Yang, H., Wang, C., Cui, Y., Chen, J., Wang, Y., He, S., Chai, J., Liu, F., Zhang, P., Xiao, X. y Li, Y. (2022). The pooled prevalence of the mental problems of Chinese medical staff during the COVID-19 outbreak: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, (303), 323-330.
- Huang, L., Yao, Q., Gu, X., Wang, Q., Ren, L., Wang, Y., Hu, P., Guo, L., Liu, M., Xu, J., Zhang, X., Qu, Y., Fan, Y., Li, X., Li, C., Yu, T., Xia, J., Wei, M., Chen, L., Li, Y.,... Cao, B. (2021). 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet*, 398(10302), 747-758. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01755-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01755-4)
- Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Pryss, R. y Probst, T. (noviembre de 2020). Experiences of psychotherapists with remote psychotherapy during the COVID-19 pandemic: cross-sectional web-based survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e20246.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doc-tos/informes/ENSANUT2012 ResultadosNacionales.pdf#page=17>

- Isaacs-Russell, G. (2015). *Screen Relations: The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. Routledge.
- Isaacs-Russell, G. (9 de julio de 2020). Remote working during the pandemic: a Q&A with Gillian Isaacs Russell: Questions from the Editor and Editorial Board of the BJP. *Br J Psychother.* 10.1111/bjp.12581
- Isaacs-Russell, G. (agosto de 2021). Remote working during the pandemic: a second Q&A with Gillian Isaacs Russell. *British Journal of Psychotherapy*, 37(3), 362-379.
- Komaroff, A. L. y Lipkin, W. I. (2021). Insights from myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome may help unravel the pathogenesis of post-acute COVID-19 syndrome. *Trends Mol Med*, (27), 895-906.
- Kim, Y., Bitna-Ha, Kim, S. W., Chang, H. H., Kwon, K. T., Bae, S. y Hwang, S. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome in patients after 12 months from COVID-19 infection in Korea. *BMC Infectious Diseases* 22(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07062-6>
- Kyu, H. H. y GBD 2017 DALY's and HALE Collaborators. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALY's) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859-1922.
- Latronico, N., Peli, E., Calza, S., Rodella, F., Novelli, M. P., Cella, A., Marshall, J., Needham, D. M., Rasulo, F. A., Piva, S. y LOTO Investigators (2022). Physical, cognitive and mental health outcomes in 1-year survivors of COVID-19-associated ARDS. *Thorax*, 77(3), 300-303. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2021-218064>
- Lewis, T. (2020). Smoking or vaping may increase the risk of a severe coronavirus infection. *Scientific American*, 17(1), 1-4.
- Liebrez, M., Bhugra, D., Buadze, A. y Schleifer, R. (2020). Caring for persons in detention suffering with mental illness during the COVID-19 outbreak. *Forensic science international. Mind and Law*, (1), 100013.
- Lima, C. K. T., De-Medeiros-Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. A. S., De-Oliveira-Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., De-Souza, R. I., Lima-da-Silva, C. G. y

- Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-NCOV (new coronavirus disease). *Psychiatry Research*, (287), 112915.
- Lopuszanska, U. J., Skorzynska-Dziduszko, K., Lupa-Zatwarnicka, K. y Makara-Studzinska, M. (2014). Mental illness and metabolic syndrome-a literature review. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 815-821.
- Matschke, J., Lütgehetmann, M., Hagel, C., Sperhake, J. P., Schröder, A. S., Edler, C., Mushumba, H., Fitzek, A., Allweiss, L., Dandri, M., Dottermusch, M., Heinemann, A., Pfefferle, S., Schwabenland, M., Sumner Magruder, D., Bonn, S., Prinz, M., Gerloff, C., Püschel, K., Krasemann, S.,... Glatzel, M. (2020). Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: a postmortem case series. *Lancet Neurology*, 19(11), 919-929. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30308-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30308-2)
- Méndez, R., Balanzá-Martínez, V., Luperdi, S. C., Estrada, I., Latorre, A., González-Jiménez, P., Bouzas, L., Yépez, K., Ferrando, A., Reyes, S. y Menéndez, R. (2022). Long-term neuropsychiatric outcomes in COVID-19 survivors: a 1-year longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 291(2), 247-251. <https://doi.org/10.1111/joim.13389>
- Méndez, R., Balanzá-Martínez, V., Luperdi, S. C., Estrada, I., Latorre, A., González-Jiménez, P., Latorre, A., Bouzas, L., Yépez, K., Ferrando, A. y Reyes, S. (2022). Long-term neuropsychiatric outcomes in COVID-19 survivors: a 1-year longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 291(2), 247-251.
- Muntean, L. M., Nireștean, A., Popa, C. O., Strete, E. G., Ghiga, D. V., Sima-Comaniciu, A. y Lukacs, E. (2022). The relationship between emotional stability, psychological well-being and life satisfaction of Romanian medical doctors during COVID-19 period: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2937.
- Merchant, J. (junio de 2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 61(3), 309-28.
- Merchant, J. (junio de 2021). Working online due to the COVID-19 pandemic: a research and literature review. *J Anal Psychol*, 66(3), 484-505.

- Motamed, M., Sharifi, V., Yahyavi, S. y Mirsepassi, Z. (marzo de 2022). Telepsychiatry during the COVID-19 pandemic: an experience in a low resource setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 64, 103000.
- The National Institute of Mental Health (NIMH) (2020). *Transforming the understanding and treatment of mental illnesses*. Disponible en: <https://youtu.be/Nin4V1MeFds>
- Parikh, S. V., Taubman, D. S., Grambeau, M., Menke, R. A., Blazek, M. C., Sullivan, J., Severe, J., Patel, P. D. y Dalack, G. W. (enero de 2021). Going virtual during a pandemic: an Academic Psychiatry Department's experience with telepsychiatry. *Psychopharmacol Bull*, 51(1); 59-68.
- Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-2.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066.
- Ramírez-Moreno, J. M., Muñoz-Sanz, A. y Vaz-Leal, F. J. (2022). Cognitive function and neuropsychiatric disorders after COVID-19: a long term social and clinical problem? *BioMed*, 2(1), 50-59.
- Rico, A., Brener, N. D., Thornton, J., Mpofu, J. J., Harris, W. A., Robets, A. M., Kilmer, G., Chyen, D. y cols. (enero-junio de 2021). Overview and methodology of the adolescent behaviours and experiences survey-United States. *MMWR Supplements*, 71(3), 1-7.
- Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(2), 68.
- Save the Children. (2021). 4 consecuencias del COVID en la educación. <https://blog.savethechildren.mx/2021/10/06/4-consecuencias-del-covid-en-la-educación/>
- Secretaría de Salud. (2022). *Datos abiertos Dirección General de Epidemiología*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
- Serrano-Castro, P. J., Estivill-Torrús, G., Cabezudo-García, P., Reyes-Bueno, J. A., Ciano-Petersen, N., Aguilar-Castillo M. J., Suárez-Pérez, J., Jiménez-Hernández, M. D., Moya-Molina, M. Á., Oliver-Martos, B., Arrabal-Gómez, C., Rodríguez de Fonseca, F. (2020). Influencia de la infección

- SARS-COV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada? *Neurología*, 35(4), 245-25.
- Schneider, F., Erhart, M., Hewer, W., Loeffler, L. A. y Jacobi, F. (2019). Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill: a German registry study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(23-24), 405.
- Sobregreu-Sangrà, P., Aguiló-Mir, S., Castro-Ribeiro, T., Esteban-Sepúlveda, S., García-Pagès, E., López Barbeito, B., Pomar Moya-Prats, J. L., Pintor-Pérez, L. y Aguiló-Llobet, L. (2022). Mental health assessment of Spanish healthcare workers during the SARS-COV-2 pandemic. A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152278.
- Socarrás, M. R., Loeb, S., Teoh, J. Y. C., Ribal, M. J., Bloemberg, J., Catto, J. y cols. (2020). *Telemedicine and smart working: recommendations of the European Association of Urology*. European Urology.
- Su, Y., Rao, W., Li, M., Caron, G., Dárcy, C. y Meng, X. (2022). Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 31, 1-13
- The New York Times. (2022). We study virus evolution. Here's where we think the coronavirus is going. *The New York Times*. https://www.nytimes.com/interactive/2022/03/28/opinion/coronavirus-mutation-future.html?unlocked_article_code
- Toledo-Fernández, A., Betancourt-Ocampo, D., Romo-Parra, H., Reyes-Zamorano, E. y González-González, A. (mayo de 2020). A cross-sectional survey of psychological distress in a Mexican sample during the second phase of the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.31219/osf.io/wzqkh>
- Troyer, E. A., Kohn, J. N. y Hong, S. (2020). Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 34-39.
- Vargas-Huicochea, I., Huicochea, L., Berlanga, C. y Fresan, A. (2014). Taking or not taking medications: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(6), 673-679.

- Vigil-Vázquez, S., Carrasco-García, I., Hernanz-Lobo, A., Manzanares, Á., Pérez-Pérez, A., Toledano-Revenga, J., Muñoz-Chapuli, M., Mesones-Guerra, L., Martínez-Lozano, A., Pérez-Seoane, B., Márquez-Isidro, E., Sanz-Asín, O., Caro-Chinchilla, G., Sardá-Sánchez, M., Solaz-García, Á., López-Carnero, J., Pareja-León, M., Riaza-Gómez, M., Ortiz-Barquero, M. C., León-Luis, J. A.,... GESNEO-COVID Cohort Working Group (2022). Impact of gestational COVID-19 on neonatal outcomes: is vertical infection possible? *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 41(6), 466-472. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003518>
- Wang, Z. y Zou, Q. (2022). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among the young adults during the post-epidemic period—Evidence from the first wave of COVID-19 in Hubei Province, China. *Acta Psychologica*, 226, 103577.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345824/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Coronavirus (COVID-19)*. <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Tracking SARS-CoV-2 variants*. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
- Wu, J., Wu, Y. y Tian, Y. (2022). Temporal associations among loneliness, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic period. *Stress and Health*, 38(1), 90-101.
- Xiang, Y. T., Zhao, Y. J., Liu, Z. H., Li, X. H., Zhao, N., Cheung, T. y Ng, C. H. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1741.
- Yang, A. C., Kern, F., Losada, P. M., Agam, M. R., Maat, C. A., Schmartz, G. P., Fehlmann, T., Stein, J. A., Schaum, N., Lee, D. P., Calcuttawala, K., Vest, R. T., Berdnik, D., Lu, N., Hahn, O., Gate, D., McNERney, M. W., Channappa, D., Cobos, I., Ludwig, N.,... Wyss-Coray, T. (2021). Dysregulation of

- brain and choroid plexus cell types in severe COVID-19. *Nature*, 595(7868), 565-571. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03710-0>
- Yeh, T.-C., Liang, C.-S., Tsai, C.-K., Solmi, M., Lafer, B., Tseng, P.-T., Hsu, C.-W., Lin, P.-Y., Firth, J., Stubbs, B., Hassan, L., Fornaro, M., Vieta, E., Thompson, T., Shin, J., Carvalho, A. F. (2022). Neurological, psychiatric, and psychological implications of the COVID-19 pandemic: protocol for a large-scale umbrella review of observational studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1681. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031681>
- Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., Fang, Y. y Li, Y. (2020). The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neuroscience Bulletin*, 36(3), 299-302.

AFECTACIONES A LA INFANCIA

Afectaciones en el desarrollo infantil y pérdida de aprendizajes durante el confinamiento

4

Benilde García-Cabrero⁽¹⁾
Salvador Ponce-Ceballos⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

La pandemia del síndrome agudo respiratorio severo causada por el coronavirus tipo 2 (SARS-COV-2) ha representado una grave amenaza no solo para la vida de los seres humanos, principalmente como resultado de la elevada morbilidad y mortalidad que provoca sino también en el ámbito económico, el bienestar psicosocial de las personas, sus familias y la sociedad en general (García-Cabrero y Ponce-Ceballos, 2021). Los niños y los adolescentes constituyen grupos particularmente vulnerables a los efectos de la pandemia, en los que se ha presentado una gran diversidad de problemas psicosociales, en mayor medida debido a la pérdida de hábitos saludables, la violencia intrafamiliar y el uso excesivo de tecnologías digitales. El confinamiento conlleva múltiples situaciones que generan estrés en la población, como las limitaciones en la interacción social con compañeros, la imposibilidad de realizar actividades físicas en el exterior, dietas poco saludables, aburrimiento e incertidumbre. En el caso de familias con hijos en edad escolar y con escasez de recursos, estas situaciones se exacerban y generan, asimismo, un aumento en la violencia intrafamiliar. Entre los problemas detectados entre las familias se encuentran: *a)* padres y madres cuyo trabajo les obliga a salir de casa, por lo

(1) Facultad de Psicología, (2) Universidad Autónoma de Baja California.

que dejan a los hijos desatendidos, *b*) espacios reducidos donde tomar clases en línea, *c*) número reducido de dispositivos móviles, *d*) escasa o nula conectividad, *e*) habilidades digitales mínimas, entre otros, que han sido señalados por diversos estudios en México y en otras partes del mundo (Gallegos-Fernández et al., 2021; Jornet et al., 2020). A nivel mundial, el cierre de las escuelas ha traído problemas a todos los involucrados: los estudiantes, los educadores, los padres y la sociedad; asimismo, ha afectado el interés académico y el rendimiento (Onyema et al., 2020). El cierre de las escuelas ha sido muy controvertido, ya que afecta la calidad de la enseñanza y el aprendizaje y, por tanto, el logro académico, particularmente en el caso de los estudiantes con necesidades especiales o aquellos con dificultades de aprendizaje, que a menudo requieren más atención y orientación por parte de los maestros. Aunque el uso de tecnologías digitales se planteó como un recurso para intentar disminuir las pérdidas de aprendizaje, los resultados de diversos estudios revelan que esto no fue así, aunado al hecho de que su acceso es limitado en muchas familias.

En México la situación del confinamiento ha tenido impactos no solo psicosociales en el desarrollo de los niños de preescolar y primaria, sino pérdidas sensibles en el aprendizaje de los estudiantes. El programa gubernamental Aprende en Casa se propuso dar continuidad al ciclo escolar, apoyar el proceso de estudiar en los hogares, crear hábitos para promover la educación a distancia en el futuro y posibilitar el aprendizaje en convivencia familiar (Medina-Gual et al., 2021). Aunque los programas gubernamentales idealmente representaban una oportunidad de aprendizaje, sus características de poca interactividad y tiempo limitado por día no podían compararse con las tres horas de asistencia al preescolar o cuatro horas y media en el caso de la primaria. Los programas se impartían en dos periodos de media hora para el preescolar y dos horas y media desde primero de primaria hasta secundaria. En el caso de los niños de sexto de primaria, el horario correspondiente era el último —de 8:00 p. m. a 10:30 p. m.—, lo cual da una idea de las dificultades que se les presentaban a las familias con hijos en distintos grados escolares para que pudieran conectarse a las clases. A esta dificultad se suma el hecho de que en una gran parte del país no se cuenta con las condiciones para poder tener acceso a las plataformas

virtuales que puso a disposición el gobierno o no se cuenta con conexión satelital que les permitiera ver los programas televisados.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares (ENDUTIH) versión 2020 del Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la mitad de la población mexicana no cuenta con acceso a internet, lo que da una idea de las limitaciones del acceso a una enseñanza de calidad durante el periodo de confinamiento (INEGI, 2021).

En términos generales, la educación remota de emergencia que adoptó la mayor parte de los países del mundo fue una medida que, en vista de lo apresurado de los cambios y de las condiciones en que se impartió, no podía satisfacer las necesidades de aprendizaje de los estudiantes. Engzell et al. (2021) realizaron un estudio en Holanda, en el que se comparó el avance en el aprendizaje que habían hecho niños de primaria de ocho a once años en asignaturas de Matemáticas, Deletreo y Lectura, antes y después del cierre de las escuelas, con las ganancias obtenidas tres años antes por los alumnos en las evaluaciones nacionales que ocurrieron antes y después de la pandemia. Los autores encontraron que hubo una pérdida de aprendizaje equivalente a la quinta parte de lo que se aprende en un año escolar, justamente el tiempo en que las escuelas permanecieron cerradas, que en el caso de Holanda fue solamente de ocho semanas. Por tanto, existe evidencia clara de que los alumnos aprendieron menos durante el periodo de confinamiento, de lo que hubieran aprendido si hubieran asistido a la escuela en un año escolar regular. Estas pérdidas son todavía mayores en el caso de estudiantes que provienen de clases económicas en desventaja, en las que el tamaño de la pérdida es 60 % más alto que el de la población general. Estos resultados implican que los estudiantes o no progresaron, o progresaron muy poco mientras estaban aprendiendo en su casa.

Datos provenientes de estudios similares en Estados Unidos revelan que estudiantes de tercero de primaria a segundo de secundaria que estuvieron aprendiendo desde su casa se ubicaron 7.5 puntos percentiles por debajo de la calificación esperada, aunque no mostraron pérdidas en su desempeño en lectura.

En este contexto, debemos tener muy claro que la brecha educativa es un proceso lento de resarcir (García-Cabrero, 2020), que ha sido generada en gran medida tanto por la falta de acceso a dispositivos tecnológicos, como por el hecho de que una gran cantidad de padres y madres no han podido realizar su trabajo desde casa y no cuentan con las condiciones para apoyar cabalmente a sus hijos e hijas en sus estudios. Asimismo, en el caso de la educación preescolar y primaria, el tiempo asignado al trabajo en casa representó una reducción de alrededor de 50 % del horario regular de clases.

En el presente capítulo se presenta un panorama general de los impactos de la pandemia en diversos países del mundo, como contexto para abordar y contrastar la situación que se ha vivido en nuestro país y el impacto psicológico y educativo que ha tenido esta situación sobre niños preescolares y de educación primaria y secundaria, a partir de los estudios que se han realizado en nuestro contexto, así como conclusiones y recomendaciones para revertir los efectos adversos de la pandemia tanto a nivel psicosocial, como en el aprendizaje de los alumnos.

LA PANDEMIA, FACTORES FAMILIARES Y SU IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

Efectos psicosociales del distanciamiento social, el cierre de las escuelas, el confinamiento y la educación remota

En diversos países se han realizado estudios para determinar el impacto psicológico del confinamiento sobre el bienestar de niños de educación primaria y sus familias. A medida que se han dado a conocer los resultados de diferentes estudios, se ponen de manifiesto diversas situaciones problemáticas que han afectado a los niños y niñas durante el cierre de las escuelas, especialmente en poblaciones con condiciones económicas desfavorecidas, las cuales dependen en gran medida de la escuela, para satisfacer una serie de necesidades nutricionales, físicas y de salud mental.

En una serie de estudios realizados en diferentes comunidades españolas y analizados por Hernández et al. (2021), se describen resultados que permiten visualizar los principales impactos que han tenido el distanciamiento social, el cierre de las escuelas, el confinamiento y la educación remota en niñas, niños y adolescentes.

Los autores señalan que desde mediados de marzo, alumnos, familias y docentes, consiguieron llevar la escuela a los hogares gracias a un importante esfuerzo, en ocasiones con escasos medios tecnológicos, e intentaron equilibrar las diferentes lagunas educativas, sociales y emocionales. Se han destacado consecuencias a nivel psicoeducativo vinculadas a la disminución de la interacción académica en grupos, el uso de mascarillas y la distancia social, así como a las distintas formas en que las comunidades educativas de padres y maestros han hecho frente a distintas situaciones adversas.

Hernández et al. (2021) describen cuatro estudios relacionados con efectos psicosociales de la experiencia vivida por las familias y sus hijos durante la pandemia por COVID-19. En un primer estudio, Gómez-Becerra et al. (2020) reportaron la evolución del estado psicológico, en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por COVID-19. En particular se analizó la relación entre el estado psicológico y el miedo a la enfermedad en las familias, concluyendo que el miedo relacionado con la pandemia se asoció con problemas emocionales y problemas de conducta. A medida que avanzó el confinamiento, aumentó la presencia de dificultades psicológicas y estas afectaron de manera diferencial a los infantes y adolescentes.

Por su parte, Erades y Morales (2020) realizaron un estudio transversal en el que se aplicó un cuestionario en línea dirigido a las familias sobre las rutinas de sus hijos e hijas durante la cuarentena, su bienestar emocional, problemas de sueño y conducta. Los datos obtenidos indican que de acuerdo con lo reportado por 69.6 % de los padres y madres, durante el confinamiento sus hijos presentaron reacciones emocionales negativas; 31.3 %, problemas en el sueño, y 24.1 %, problemas de conducta. Asimismo, los autores plantean que realizar ejercicio físico regular y limitar el uso diario de pantallas puede beneficiar a la salud mental infantil en situaciones de aislamiento.

Por su parte, Lacomba-Trejo et al. (2020) examinaron las variables que explican los problemas de ajuste emocional en los hogares ante la pandemia, al tener en cuenta la relación de los progenitores y sus hijos e hijas adolescentes en España, destacando la importancia del clima familiar y de las estrategias de regulación emocional positivas para lograr una buena adaptación de los adolescentes ante situaciones vitales estresantes.

Orgilés et al. (2020) examinaron el impacto psicológico y la forma de enfrentarse a la situación de dos grupos diferenciados. Por un lado, los niños que recibieron, antes del confinamiento, un programa que proporcionaba habilidades para desarrollar resiliencia emocional y hacer frente a situaciones diarias y difíciles en su vida, en comparación con un grupo de niños y niñas que no formaron parte del programa. Los resultados demostraron que durante el confinamiento, los que recibieron el programa presentaban menos síntomas de ansiedad, mejor estado de ánimo, menos problemas de sueño y menos alteraciones cognitivas.

Por otra parte, el estudio realizado por Hernández et al. (2021) retomó la importancia de establecer un plan de apoyo para atender las necesidades psicoeducativas derivadas de las consecuencias analizadas en los estudios anteriores. Se concluye que es necesario buscar alternativas para procurar la socialización y que la distancia física no se convierta en distancia social o aislamiento. A nivel familiar, es esencial establecer un modelo educativo democrático basado en el afecto, la comunicación, el respeto a normas y límites, además de la autonomía y la responsabilidad.

En México, en un estudio realizado por Medina-Gual et al. (2021), se abordaron tres dimensiones del efecto de la pandemia sobre estudiantes de educación básica: 1) pedagógica, orientada al estudio de los procesos de educación a distancia, instrumentados mediante el programa Aprende en Casa y sus efectos en el aprendizaje, 2) psicológica, que se centró en examinar los efectos de la educación mediada por tecnologías en la salud socioemocional de estudiantes y docentes durante la implementación de dicho programa, y 3) tecnológica, orientada a analizar los desafíos del aprendizaje a distancia, el acceso a las tecnologías, el conocimiento que se tiene de estas, así como el manejo y uso que se les dio al implementar dicho programa. La

investigación se realizó a través de cuestionarios administrados a docentes, estudiantes y padres de familia. Se elaboraron cuatro cuestionarios para estudiantes de educación primaria, estudiantes de secundaria y media superior, docentes y padres de familia.

En particular, la dimensión psicoafectiva, de interés para este capítulo, contempló cinco subdimensiones: bienestar emocional, riesgo psicoafectivo, riesgo conductual, resiliencia, regulación emocional y afrontamiento. Se obtuvieron 139 630 respuestas de estudiantes, de las cuales 60 052 fueron de educación primaria; 39 996, de secundaria, y 39 582, de media superior. Participaron un total de 45 273 profesores, 11 063 de primaria; 20 360, de secundaria, y 11 850, de media superior.

Los resultados de este estudio señalan que estudiantes y docentes presentan altos niveles de riesgo conductual, en particular en relación con la exposición y conductas de consumo de comida chatarra, enervantes, tiempo empleado en el uso de videojuegos y redes sociales, y comportamientos violentos (violencia verbal o física) o conductas agresivas, entre otros.

En cuanto al riesgo psicoafectivo, un aspecto característico en los estudiantes de primaria fue el nivel de aburrimiento que reportaron, así como una sensación constante de preocupación. El aburrimiento es una emoción que se reporta en otros estudios internacionales, en particular en Morgül et al. (2020) y en México (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM], 2020). Medina-Gual et al. (2021) señalan que el aburrimiento es particularmente importante de atender ya que, si bien es un riesgo psicoafectivo, puede llegar a convertirse en un riesgo conductual, pues desencadena comportamientos nocivos y riesgosos para la salud física y mental. Por su parte, los profesores reportaron niveles elevados de estrés y se perciben a sí mismos en un estado de preocupación continua, lo cual coincide con lo reportado por los alumnos. Si bien ambos grupos reportaron sentir tristeza, en los docentes el nivel es mayor que en los estudiantes, lo mismo que el sentimiento de miedo. Otro aspecto importante son los problemas de sueño que reporta al menos una cuarta parte de los docentes, los que, si se sostienen por periodos prolongados, pueden tener efectos sobre su salud física y mental.

Bienestar emocional y pandemia

De acuerdo con lo reportado por Armenta et al. (2022), el bienestar constituye una dimensión fundamental del desarrollo durante la infancia, que se ha visto afectada por las condiciones de aislamiento impuestas por el confinamiento durante la pandemia de COVID-19. El bienestar emocional incluye, de acuerdo con lo planteado por Brandshaw y Richardson (como se citó en Armenta et al., 2022), siete áreas: 1) la salud, 2) el bienestar subjetivo, que incluye la percepción sobre el bienestar y la salud en el ambiente escolar, 3) las relaciones personales en la familia y el ambiente escolar, 4) recursos materiales disponibles en las familias, 5) educación, 6) conductas de riesgo vinculadas con la violencia y el uso de sustancias, y 7) condiciones materiales de la vivienda y número de personas que la habitan. Armenta et al. (2022) realizaron una investigación para evaluar la percepción del bienestar en la infancia, con el objeto de identificar el nivel de bienestar que reportan niñas, niños y jóvenes durante el inicio del ciclo escolar a distancia en Ciudad de México y el Estado de México durante el periodo de confinamiento por COVID-19. Esta investigación se realizó con una muestra de 104 niñas y niños en un rango de edad de tres a quince años, quienes contestaron una escala de bienestar pertinente para su edad. Los niños mayores a siete años respondieron directamente la escala, mientras que las percepciones de niñas y niños menores a esta edad fueron reportadas por los padres. Se encontró que, en el caso de las niñas y niños mayores de ocho años, estos tuvieron un bienestar bajo durante el inicio del ciclo escolar a distancia debido al confinamiento, ya que las evaluaciones de emociones positivas, como parte del bienestar, se encuentran por debajo de la media teórica, mientras que el bienestar evaluado mediante las experiencias emocionales negativas se ubica en una puntuación superior a la media teórica esperada. En el caso de las niñas y los niños menores de siete años, se encuentra que tienen un bienestar superior a la media esperada durante la contingencia. Asimismo, las niñas reportan mayores experiencias emocionales negativas en comparación con los niños. Urbina-García (2022) advierte sobre los efectos que puede tener el aislamiento social impuesto por el confinamiento sobre la percepción de bienestar y la salud mental de los niños y niñas que permanecieron aislados

en casa. Esta condición ha impedido que desarrollen de manera amplia las habilidades sociales y emocionales que necesitan para relacionarse con sus padres, compañeros y familiares y puedan expresar sus necesidades, intereses e ideas. Las habilidades emocionales incluyen el reconocimiento de emociones en sí mismos y en los demás, lo que les permite regularlas y desarrollar un sentido de empatía hacia los demás, una habilidad fundamental para vivir y coexistir dentro de un grupo social. Urbina-García (2022) señala que las interacciones sociales positivas son fundamentales para promover el bienestar socioemocional, para lo cual se requiere escuchar los puntos de vista de niñas y niños, sus necesidades, intereses e ideas. Esto a su vez repercute en que ellos se sientan valorados y mejora la relación con sus padres, ya que los hace sentirse amados y fundamentalmente seguros, especialmente en situaciones estresantes, como las que ha causado la pandemia.

De acuerdo con Morgül et al. (2020), las consecuencias que ha tenido la pandemia sobre el bienestar emocional de los niños no han sido comprendidas a cabalidad; es por ello que se realizó un estudio en Reino Unido, en el que participaron 929 padres con hijos de entre cinco y once años de edad que respondieron una encuesta sobre su estado emocional, conductas y actividades diarias y de sus hijos, antes y después del confinamiento. La mayor parte de los padres (74.3 %) estaban casados, contaban con empleo (73.6 %) y contaban con un título profesional o estudios de posgrado (75 %). Se utilizó una escala de síntomas emocionales y conductuales desarrollada por Orgilés et al. (como se citó en Morgül et al., 2020), que fue utilizada para medir el cambio en las rutinas y en la salud mental de los niños antes y después del confinamiento. La escala de Malestar Psicológico de Kessler (K6) se usó para medir el bienestar de los padres. Los resultados obtenidos en relación con la percepción de los padres indican que los niños estaban más aburridos (73.8 %), se sentían solos (64.5 %), tristes (43.4 %), frustrados (61.4 %), irritables (52.9 %), inquietos (52.9 %), preocupados (52.4 %), enojados (48.6 %), ansiosos (45.2 %) y era más probable que discutieran con el resto de la familia (29.7 %) en comparación con el periodo previo a la COVID-19.

Por su parte, Amorós-Reche et al. (2022) realizaron una revisión sistemática de los estudios realizados en España en relación con los efectos

emocionales causados por la pandemia en niños y adolescentes, entre los que se incluyen problemas de regulación emocional, ansiedad, depresión y estrés. En tres estudios reportados por Amorós-Reche et al. (2022) se analizaron cualitativamente las emociones experimentadas por los niños y niñas durante el confinamiento. Las variables familiares que estaban más relacionadas con los problemas emocionales de los niños, niñas y adolescentes fueron el estrés parental, la baja resiliencia parental y un estilo parental desestructurado, caracterizado por la poca regularidad en las rutinas de sus hijos. Del mismo modo, el estrés parental se ha relacionado en otros estudios con las reacciones de estrés en los niños (Imran et al., como se citó en Amorós-Reche et al., 2022), lo cual pone en evidencia la mayor vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes a sufrir alteraciones psicológicas en función del nivel de estrés experimentado por los padres.

En diversos estudios se han analizado las emociones experimentadas por los niños y adolescentes españoles durante el confinamiento. Por ejemplo, Serrano-Martínez (como se citó en Amorós-Reche et al., 2022), en un estudio con niños preescolares, destacó la alegría. Sin embargo, no se sabe con exactitud si los estudios incluyeron participantes mayores, ya que las emociones más frecuentes fueron el miedo, la tristeza y el aburrimiento, que han sido asociados en otras investigaciones realizadas con chicos de primaria y secundaria.

Efectos indirectos del SARS-COV-2 sobre los derechos de la infancia en México

Manrique y Ramírez (2021) plantean que la infección por coronavirus no representa riesgos considerables para niñas, niños y adolescentes, comparados con la severidad que puede llegar a tener la enfermedad en adultos. Sin embargo, esto no significa que no sean susceptibles a SARS-COV-2 o que su experiencia con la enfermedad sea menos importante. Es por ello que se considera fundamental analizar los impactos indirectos observables de la pandemia y que impiden el pleno ejercicio de los derechos de la infancia y adolescencia,

incluidos el derecho a la salud, a la educación, a la integridad personal, a la identidad, a una vida libre de violencia y al esparcimiento, entre otros.

En México se han realizado a la fecha pocos estudios vinculados con los efectos de la pandemia en poblaciones en edad escolar; no obstante, los datos reportados hasta el momento son preocupantes, ante la situación de COVID-19. Por ejemplo, a pesar de las medidas de confinamiento y el cierre de escuelas en específico, los casos confirmados de niñas, niños y adolescentes que han contraído la enfermedad han ido incrementando constante y considerablemente. La realidad es que esta pandemia no solo afecta la salud sino también el bienestar de niñas, niños y adolescentes. Como sucede con la población adulta, es fundamental hacer compromisos cuando el sistema de salud se ve sobre demandado en todos los niveles.

Un aspecto importante retomado por Sánchez (2021), que lo alerta como un fenómeno de gran magnitud, es la violencia intrafamiliar y sus efectos en niños, niñas y adolescentes. Este fenómeno ha aumentado considerablemente en tiempos de pandemia, lo que se convierte en una realidad lamentable que sufre día a día este segmento de la población, al ser parte de la estructura familiar. Gómez-MacFarland y Sánchez-Ramírez (2020) reportan que, en una investigación sobre el tema en México, durante el primer cuatrimestre de 2020, comparado con el mismo periodo de tiempo de 2019, se registró un aumento de 10 % de presuntos delitos de violencia familiar. Durante la pandemia, el distanciamiento social ha sido la fórmula más utilizada a nivel global para disminuir la vulnerabilidad al contagio. Si consideramos que la población infantil y adolescente comprende casi la tercera parte de la población mundial, es evidente que el éxito de esta medida descansa en este grupo, a quien se le ha obligado a salir de los espacios públicos. Sin embargo, en particular, el cierre de espacios escolares (medida indispensable para el distanciamiento de niñas, niños y adolescentes) ha puesto en riesgo la garantía del derecho a la educación (Manrique y Ramírez, 2021).

La vida cotidiana de millones de niñas, niños y adolescentes se ha transformado de manera radical de un día a otro, pues el espacio público desapareció y, con él, el vínculo con sus pares y otros adultos que les son significativos. A lo anterior se suma un contexto de incertidumbre y miedo, con

limitadas respuestas de contención de parte de sus cuidadores. En este sentido, surgieron las propuestas de educación a distancia en México, donde solo cuatro de cada 10 hogares tienen acceso fluido a internet (Instituto Federal de Telecomunicaciones [IFT], 2015). Al considerar que la situación actual va más allá de los desafíos tecnológicos que presenta la educación durante la pandemia (el avance hacia las nuevas tecnologías en la educación era un proceso que se tenía que ir dando de cualquier manera), tenemos que atender también las implicaciones de lo que ha significado la falta de la escuela como el centro de la vida social de las niñas, niños y adolescentes; el espacio donde se construyen sus relaciones y vínculos fuera del ámbito familiar.

Un ejercicio realizado por la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM, 2020) mediante la consulta #InfanciasEncerradas reveló esta clase de indicios sobre las vivencias de los niños y adolescentes durante el confinamiento, en el que se obtuvieron datos de las 32 entidades federativas para hacer un análisis a nivel nacional. Los resultados evidenciaron que este sector de la población en México manifiesta una alta frecuencia de aburrimiento, tristeza, incertidumbre, angustia, entre otros estados de ánimo y sensaciones. La mayoría de las y los participantes (84 %) relacionaron el encierro con la palabra aburrimiento, seguida de la sensación de tristeza en 64 % de los encuestados. Nueve de cada diez niñas, niños y adolescentes manifestaron sentimientos de preocupación por la posibilidad de que algún familiar llegase a enfermar o morir a causa de COVID-19. Además de la salud, otro foco de preocupación se centra en la pérdida del trabajo de las personas adultas que les rodean. Por otro lado, la palabra familia fue frecuentemente asociada con emociones positivas, como una fuente de alegría y seguridad, disfrute de la convivencia y sensación de protección. En el caso de niñas y niños de la primera infancia —quienes participaron en la consulta por medio de dibujos— llama la atención la representación del coronavirus como un personaje que ataca o se sobrepone al mundo, a la familia o a la casa. No obstante, la casa permanece como el espacio de protección.

De acuerdo con lo señalado por Sánchez (2021), en tiempos de pandemia, los niños y adolescentes son altamente susceptibles de ser vulnerados. Esto se debe a que existe un desarrollo físico constante de estructuras y

funciones fundamentales; por ejemplo, del sistema nervioso, que se encuentra en un rápido desarrollo, aunque lo hace imperfectamente en el aspecto funcional.

Por su parte, Lacomba-Trejo et al. (2020) plantean que los adolescentes, en vista de la trascendencia que tiene para ellos la relación con sus pares en ese momento de su desarrollo, fueron de los grupos que más sufrieron las restricciones sociales, al perder la oportunidad de asistir a sus principales lugares de socialización. Sánchez (2021) argumenta, asimismo, que las características de personalidad, que se están configurando en los adolescentes, siguen gradualmente un proceso de estructuración, al que se adicionan los antecedentes familiares y personales de los padres, como trastornos psíquicos, abuso de sustancias, experiencias de estrés, maltrato, abuso sexual, entre otras, o incluso la pérdida de alguno de los padres. En relación con el ambiente, la estructura y funcionalidad de la familia, las condiciones de la vivienda, la situación socioeconómica que rodea a los y las adolescentes, junto con la escasa existencia de recursos materiales y emocionales para afrontar la pandemia impactan considerablemente la vulnerabilidad de los jóvenes. Lacomba-Trejo et al. (2020) reportan los resultados de este estudio, realizado con la finalidad de comprender mejor la influencia recíproca de la salud/enfermedad en las díadas familiares padres-hijos adolescentes, así como la forma en que el funcionamiento de un miembro de la familia puede afectar al resto. Los autores concluyen que existe una influencia recíproca entre el desajuste emocional de los padres (93.5 % madres), el clima familiar negativo y las estrategias de regulación emocional deficientes en sus hijos. Asimismo, el malestar emocional de las y los adolescentes está relacionado con la baja resiliencia de estos y las estrategias deficientes de regulación emocional de sus padres.

Por su parte Sánchez (2021) plantea que el impacto de COVID-19 invade los derechos de los niños, niñas y adolescentes en una escala que no se había experimentado antes, lo cual ha sido visibilizado en las declaraciones del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La autora refiere que la pandemia puede considerarse tanto una crisis de salud, como una amenaza social y económica, en vista

de que ha generado situaciones extremadamente desafiantes, en particular para los más vulnerables, lo que provoca desestabilidad tanto en su vida cotidiana como en su subsistencia. Los niños y niñas, enfatiza la autora, pueden verse como personas dependientes afectadas; por lo tanto, tienen el derecho al cuidado óptimo, a la atención médica, a la garantía de sus necesidades básicas y al acceso a la seguridad social, lo cual constituye la premisa fundamental que debe guiar las acciones y constituir un foco de atención prioritario de las naciones en todo el mundo.

El UNICEF, señala Sánchez (2021), considera a la niñez como una víctima que está oculta en esta pandemia. Una evidencia de ello es que en la región de América Latina y el Caribe millones de ellos están desarraigados, desplazados de sus países, afectados por la falta de sustento económico, la violencia en todas sus manifestaciones y los conflictos externos.

El panorama antes descrito, de afectaciones psicosociales en niñas, niños y adolescentes, nos permite visualizar que nos estamos enfrentando a una crisis de salud mental en este grupo, resultado del cambio en las rutinas diarias, las expectativas y las condiciones del encierro, el aislamiento y la creciente preocupación por la situación económica y de salud de los padres o cuidadores, entre ellos los miembros de la familia extendida. Por ello, es urgente e indispensable crear estrategias e intervenciones que involucren principalmente los ámbitos educativo y de salud desde un enfoque comunitario de salud pública. De igual modo, se requiere que estas estrategias sean diseñadas tomando en cuenta las características de los diferentes contextos, para que puedan cubrir la diversidad propia de este grupo de edad. De acuerdo con lo señalado por Phelps y Sperry (2020), una gran cantidad de escuelas en Estados Unidos han reconocido la importancia de implementar políticas y programas informados sobre situaciones traumáticas que afectan a los niños (principalmente el maltrato infantil, que se ha incrementado durante la pandemia) y que dejan huellas severas en su desarrollo psicológico posterior. Los investigadores destacan la necesidad de que las escuelas puedan proporcionar servicios de atención psicológica basados en evidencia, a través de protocolos probados para atender a niños psicológicamente traumatizados, lo cual puede mejorar su salud mental general.

Una medida que puede contribuir a mantener la salud emocional y física de niñas, niños y adolescentes durante este periodo de encierro es la actividad física y la promoción de estilos de vida saludables con recomendaciones específicas. Otro elemento importante es procurar el vínculo entre pares y mantener activa la propuesta y el acceso a actividades lúdicas y creativas. En relación con esto, países como Chile han mantenido un estricto control sobre la población, lo que ha permitido que este sector específico realice actividades en el exterior con una persona adulta —dependiendo de la edad— algunos días de la semana. De igual manera, se han mantenido espacios de escucha para que niñas, niños y adolescentes puedan comunicar sus experiencias, ya sea a sus familiares o bien a especialistas, lo cual es fundamental para afrontar las repercusiones psicoafectivas provocadas por la crisis sanitaria.

PÉRDIDAS DE APRENDIZAJE EN EDUCACIÓN BÁSICA A PARTIR DE LA EMERGENCIA ACADÉMICA POR COVID-19

Contextualización del fenómeno

El término pérdida de aprendizaje regularmente está muy bien ubicado en la literatura anglosajona. Infinidad de estudios se pueden encontrar al utilizar motores de búsqueda en la web con el concepto *learning loss*; sin embargo, en el contexto latinoamericano, y particularmente el mexicano, no es tan usual.

De acuerdo con el Glossary of Education Reform (Great Schools Partnership, 2013), la pérdida de aprendizaje es “cualquier pérdida general o específica de conocimientos y habilidades o retrocesos en el progreso académico, más comúnmente debido a brechas o discontinuidades extendidas en la educación de un estudiante”. Pier et al. (2021) por su parte, la conciben como la disminución en el conocimiento y habilidades de los estudiantes.

En el contexto latinoamericano y mexicano, son más comunes los términos rezago de aprendizaje o rezago educativo. El primero está más orientado a lo que el alumno no ha aprendido de acuerdo con lo establecido en un programa, o las diferencias de desempeño con sus propios compañeros, y

el segundo trata sobre la ubicación en grados académicos de los estudiantes en comparación con las edades y niveles educativos (Muñoz-Izquierdo, 2009; Vergara-Lope y Hevia, 2018). Sin embargo, en este apartado la idea es orientarnos a la pérdida de aprendizaje que los estudiantes registran a partir de haber estado trabajando a distancia debido a la emergencia provocada por la COVID-19. La pandemia ha promovido el uso de este término que tiene antecedentes en otros contextos, como los periodos vacacionales de verano, los cambios de ciclo escolar, las suspensiones de servicios educativos por catástrofes naturales y conflictos sociales, por mencionar algunos, en los cuales los resultados de la investigación dan cuenta de los impactos negativos, y dentro de ellos se ubica la pérdida de aprendizaje (Kuhfeld et al., 2019; Atteberry y McEachin, 2021; Sabates y Carter, 2020; Andrabi et al., 2020).

De acuerdo con lo señalado por García et al. (2022), la pobreza de los aprendizajes en la región latinoamericana ya era alta antes de la pandemia y esta crisis sanitaria ha producido un efecto aún más severo, pero desigual, en los aprendizajes de los estudiantes, en particular debido a la brecha digital, así como un incremento en las tasas de abandono escolar. Este efecto se ha visto más pronunciado en niñas y niños de estratos económicos menos favorecidos, en estudiantes de escuelas públicas y zonas rurales.

En la actualidad son reducidos los estudios disponibles sobre este tipo de fenómenos a consecuencia de la COVID-19, y seguramente pasarán varios años para conocer los diferentes impactos, tanto negativos como positivos.

A continuación, se presentan tres grupos de estudios que se identifican en la literatura disponible. Los primeros dos abordan el plano internacional desde dos ópticas, estudios predictivos con base en evaluaciones previas al trabajo a distancia por la pandemia y los de carácter comparativo, con pruebas de conocimientos pre y postrabajo a distancia. Estos estudios pueden caracterizarse por la autoría: algunos provienen de agencias internacionales, otros de los propios gobiernos federales y estatales, otros de grupos de investigación y, en algunos otros casos, institucionales.

Estudios predictivos con base en evaluaciones previas al trabajo a distancia por la pandemia

Kuhfeld y Tarasawa (2020) realizaron un estudio de estimaciones sobre pérdida de aprendizaje en estudiantes de educación primaria en Estados Unidos. Para ello se basaron en la aplicación de la prueba estatal MAP Growth de 2017 y 2018. Los resultados indican mayores impactos académicos en Matemáticas. De igual forma, en la misma materia, los estudiantes mostraron menos ganancias de aprendizaje; esto equivale a casi un año completo de atraso respecto de lo observado en condiciones normales. Concluyen que la pandemia ha tenido una influencia negativa en las posibilidades de adquisición de aprendizajes, lo que ocasionó pérdidas de este.

Angrist et al. (2021), con base en estimaciones de resultados de aprendizaje de la prueba Early Grade Reading Assessment (EGRA), aplicada en estudiantes de primaria y secundaria de Etiopía, Kenya, Liberia, Tanzania y Uganda previo al confinamiento por COVID-19, encontraron como resultado principal que las pérdidas de aprendizaje pueden ser de medio año a un año en el corto plazo. A largo plazo, pueden ser de hasta 2.8 años, para cuando alcancen el tercer grado de secundaria. Las conclusiones se orientan a que el periodo de suspensión de clases presenciales ha bloqueado en parte los aprendizajes de los estudiantes.

Estudios comparativos entre evaluaciones antes y después del trabajo a distancia por la pandemia

Kogan y Lavertu (2022), con base en una comparación de resultados de las pruebas Ohio State Tests (OST) aplicadas en 2019, 2020 y 2021 a estudiantes de escuelas públicas de Ohio, Estados Unidos, de los grados de primaria, secundaria y bachillerato, identificaron una disminución de logro en Matemáticas e Inglés en las aplicaciones de 2020 y 2021 en comparación con las de 2019. También identificaron brechas de rendimiento académico, ya que los estudiantes

en desventaja presentaron resultados menores, en comparación con los que no se encuentran en dicha condición.

El estudio de Curriculum Associates (2021) en Estados Unidos con estudiantes de primaria, después de haber comparado los resultados de 2020 y 2021 sobre la prueba Ready Diagnostic (Diagnostic for Mathematics and Diagnostic for Reading), indica que los alumnos que están aprendiendo a leer aún no han alcanzado el grado de desempeño de prepandemia. De igual forma, la mayoría de los estudiantes no se encuentran en el nivel que deberían, en comparación con los niveles prepandemia. Finalmente, más estudiantes se encuentran dos o más grados por debajo de su grado de avance previo a que la pandemia iniciara. Un dato importante es que los estudiantes más afectados son los negros y latinos, así como quienes viven en una situación económica desfavorable.

Maldonado y De Witte (2020), con base en la comparación de resultados de las aplicaciones 2015 a 2020 de pruebas estandarizadas en escuelas primarias particulares de Bélgica, identificaron que la cohorte 2020 experimentó pérdidas de aprendizaje significativas en todas las materias evaluadas, con una disminución en los promedios escolares de puntajes de Matemáticas de 0.19 en comparación con las cohortes anteriores. Concluyen que el cierre de las escuelas resultó en pérdidas significativas de aprendizaje y un sustancial incremento en la inequidad educativa. Las pruebas utilizadas son administradas cada año por la red de escuelas católicas de Bélgica (Katholiek Onderwijs Vlaanderen).

Tomasik et al. (2021), a partir de los resultados de las evaluaciones MINDSTEPS del sistema nacional en escuelas de educación básica en Suiza, al comparar las aplicaciones de enero y mayo de 2020, identificaron que los alumnos de primaria tuvieron un progreso de aprendizaje más lento en Matemáticas y Lectura, entre la aplicación de mayo y la de enero. También encontraron diferencias importantes en los perfiles de los estudiantes para progresar en los aprendizajes.

Schult et al. (2021), identificaron que, a partir del trabajo a distancia por la emergencia académica durante 2020, los alumnos de escuelas primarias alemanas obtuvieron puntuaciones más bajas en comparación con tres años

previos (2017, 2018 y 2019), esto en comprensión lectora, operaciones matemáticas y números. Se destaca que, en Matemáticas, los estudiantes de bajo rendimiento y con capital sociocultural bajo presentan resultados menos favorables en sus aprendizajes. Concluyen que los esfuerzos realizados por estudiantes, docentes y padres de familia ayudaron a mitigar las consecuencias negativas del cierre de escuelas a causa de la pandemia. Los resultados se basaron en la aplicación de las pruebas nacionales anuales obligatorias de Lectura y Matemáticas.

Estudios en el contexto mexicano

Particularmente en el contexto mexicano existe poca evidencia de investigación disponible; destaca el estudio de Hevia et al. (2022), que ofrece información sobre la comparación de los aprendizajes prepandemia y en pandemia de estudiantes de educación básica del sureste del país, a partir de una prueba independiente que midió aprendizajes en Lectura y Matemáticas. Los resultados indican que en las dos materias se presentaron pérdidas de aprendizaje de los alumnos en comparación con los grupos prepandemia; de igual forma, identificaron una pobreza de aprendizaje en esas mismas asignaturas. Destacan también que este tipo de afectaciones se presentaron de forma más aguda en estudiantes provenientes de contextos económicos desfavorecidos. El estudio realizado por Monroy-Gómez-Franco et al. (2021), con base en modelos predictivos previamente validados en el plano internacional y alimentados con datos del contexto mexicano en sus distintas regiones geográficas, proyecta escenarios negativos en el corto y largo plazo sobre pérdida de aprendizajes en educación básica a causa de la transición al aprendizaje a distancia por la pandemia.

Estas proyecciones visualizan también impactos negativos en el ámbito social y económico. Existen reflexiones importantes de organizaciones no gubernamentales, como las de Mexicanos Primero, que expresan su preocupación por los bajos resultados de aprendizaje en la prueba PISA y la proyección negativa de los resultados de la nueva evaluación; de igual forma, plantean la

importancia de realizar evaluaciones y proyectar estrategias de mejora (Ortega, 2021). En este mismo sentido, el Instituto Mexicano de la Competitividad plantea su preocupación por las proyecciones del Banco Mundial para México con base en la prueba PISA, en donde los resultados podrían ser devastadores en el corto, mediano y largo plazos. Proponen, asimismo, una agenda para buscar mitigar los daños asociados a los aprendizajes durante los programas planteados por el gobierno mexicano para el trabajo a distancia (Clark, 2021).

De igual forma, hay reflexiones de académicos, como las de Hernández y Escobar (2021), quienes, a partir de la opinión de docentes frente a grupo de escuelas primarias públicas de Acapulco, Guerrero, estiman que después de la pandemia los estudiantes presentarán rezagos importantes. Concluyen que la emergencia sanitaria afecta gravemente al sistema educativo y pone en evidencia el rezago y la desigualdad social.

Desde la óptica de los padres de familia, se han realizado diversos estudios para determinar las pérdidas de aprendizaje de sus hijos, ya sea provenientes de poblaciones regulares o con niños que presentan necesidades educativas especiales (NEE). En este último caso se encuentra la investigación realizada por García et al. (2022), un estudio exploratorio que se propuso como objetivo identificar la situación emocional y educativa de estudiantes con y sin NEE a través de la opinión de profesores regulares que atendían estudiantes de nivel preescolar, primaria y secundaria, antes y durante el cierre de las escuelas por la pandemia causada por COVID-19.

Los resultados de ese estudio, provenientes de la información proporcionada por profesores con alumnos sin NEE, revelaron que, previamente a la pandemia, la mayoría de las familias (79 %) opinaba que apoyaba a sus hijos en la realización de tareas escolares y que la calidad de la relación escuela-familia era buena (61 %) o incluso muy buena (39 %). Asimismo, los profesores reportaron tener expectativas altas para la mayoría (52 %) o incluso para todos los estudiantes de su clase.

Los profesores que atendían a niños con NEE especiales señalaron tener altas expectativas sobre el aprendizaje de la mayor parte de sus estudiantes (41 %) o todos (55 %) los estudiantes de su clase y que el rendimiento de estos alumnos era igual (37 %) o incluso más alto (21 %) que el del resto del grupo.

Por su parte, los padres de niñas y niños con y sin NEE reportaron que los principales problemas que experimentaron fueron cansancio y frustración por el nivel de logro en los aprendizajes alcanzados por sus hijos e hijas y la dificultad para entender las actividades que enviaban los profesores para que sus hijos las realizaran en casa.

Entre los estudios oficiales realizados en México, se encuentran los resultados de la Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (EcoVID-ED), que se aplicó durante 2020 con la intención de conocer el efecto de la cancelación de clases de todos los niveles educativos, tanto de instituciones públicas como particulares, durante los ciclos 2019-2020 y 2020-2021. Sus resultados indican que durante el primer ciclo se presentó abandono escolar de 737 mil estudiantes; de estos, 58.9 % lo atribuyó a la pandemia. En particular se destaca que los alumnos perdieron contacto con sus profesores, además de considerar que las clases a distancia no contribuyen al aprendizaje.

De igual forma, el reingreso para el ciclo 2020-2021 disminuyó en 5.2 millones de estudiantes; de estos, 2.3 lo atribuyeron a la pandemia, principalmente por considerar que las clases a distancia no permiten el aprendizaje. Finalmente, los alumnos manifestaron que una de las desventajas de la experiencia de trabajo a distancia es que no se aprende o se aprende menos que en la modalidad presencial (INEGI, 2021).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se requieren acciones decididas para enfrentar los riesgos de las pérdidas de aprendizaje de todos los niños durante el cierre de las escuelas, pero, fundamentalmente, para mitigar las exacerbadas disparidades educativas respecto de los niños en condición de pobreza. Las situaciones impuestas por el confinamiento han conducido a obtener puntuaciones más bajas en pruebas de rendimiento, como han señalado los pocos estudios realizados con mediciones pre y post en México. Vale la pena reflexionar al respecto de que, en los estudios analizados, independientemente de la condición económica y del sistema

educativo del país, hubo pérdidas de aprendizaje y los estudiantes en condición de desventaja son los que presentaron mayores afectaciones, en comparación con los que no se encontraban en dicha condición, en particular, los estudiantes con bajos niveles de rendimiento académico, estudiantes negros, latinos, migrantes o con bajo nivel socioeconómico, entre otros.

Para intentar resarcir de forma sistemática la pérdida de aprendizajes, es necesario asegurar un acceso confiable a las tecnologías, un ambiente de aprendizaje estable y que los padres cuenten con el tiempo y las habilidades necesarias para apoyar el aprendizaje remoto, que continúa ocurriendo en las escuelas. Esto sucede porque en una gran cantidad de escuelas primarias los niños asisten solamente dos días a la semana y el resto de los días estudian en casa, con las asignaciones que les envían los profesores, bajo la supervisión de los padres de familia.

De acuerdo con datos internacionales, el acceso a internet es aún muy limitado y uno de cada siete niños no tiene conexión en casa, proporción que se duplica cuando se trata de hogares socioeconómicamente desfavorecidos. Si a esto se agrega que los padres en estos entornos familiares están experimentando sus propios estresores, derivados de la pandemia (desempleo o trabajos que presentan altos riesgos), la posibilidad de que cuenten con el tiempo y los recursos necesarios para apoyar a sus hijos con las tareas en casa, disminuye considerablemente.

En México, de acuerdo con los datos disponibles al presente, el gobierno federal no ha considerado la disposición de fondos para apoyar el acceso remoto y la adquisición de dispositivos digitales para equipar las aulas de cómputo que se encuentran absolutamente abandonadas en las escuelas. Aunque las tecnologías digitales podrían ser un recurso muy valioso para superar las pérdidas de aprendizaje, la mayor parte de los profesores ya las han abandonado, ya que no se encuentran disponibles en la escuela, son escasas en los entornos familiares y son limitados los recursos de acceso a internet.

Se requieren también acciones decididas para llevar a cabo proyectos de investigación que permitan dar respuestas claras para un regreso seguro y equitativo a las aulas y para optimizar los tiempos de interacción en las aulas y vía remota.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta las pérdidas y necesidades de aprendizaje de niñas y niños con necesidades educativas especiales. A nivel mundial se estima que 13 % de los niños que asisten a escuelas públicas tienen dificultades de aprendizaje y requieren ser atendidos a nivel individual; estos porcentajes se duplican en poblaciones con condiciones económicamente desfavorecidas. A esto habrá que agregar que los dispositivos tecnológicos con los que cuentan los hogares no se encuentran adaptados para niños con dificultades de visión o de audición, lo que dificulta aún más la efectividad del aprendizaje remoto.

Por su parte, los niños que presentan problemas de salud mental, que pudieron haberse agravado como consecuencia del miedo, la frustración, el aburrimiento, la soledad o la tristeza por pérdidas de familiares requerirán también ser atendidos, y difícilmente las escuelas —en las condiciones actuales— podrán hacerse cargo de estas problemáticas, por lo que se requiere crear nuevas iniciativas, en particular, vínculos con instituciones del sector salud y universidades que puedan dar servicio a estas poblaciones, de tal manera que se disminuyan los riesgos de incremento de problemas de salud mental y su impacto sobre la dificultad de recuperación de las pérdidas de aprendizaje.

Es importante considerar que el impacto psicológico de la crisis en los niños ha conllevado eventos colectivos traumáticos que tienen implicaciones a corto y a largo plazos, incluidos estrés postraumático, ansiedad y desórdenes conductuales. Los niños en condición de pobreza son particularmente vulnerables a estos eventos traumáticos, en vista de un mayor número de estresores psicosociales —por ejemplo, inestabilidad en el hogar— a que se encuentran expuestos. En particular, los jóvenes que viven en ambientes desestructurados y que tienen poco monitoreo o bajo monitoreo por parte de sus padres tienen un potencial mayor para realizar actividades sedentarias, incluyendo un mayor uso de las pantallas de los celulares u otros dispositivos, así como el riesgo de sufrir accidentes y de involucrarse en conductas de riesgo para su salud.

Por su parte, el distanciamiento social, aunado a un mayor estrés económico en ambientes vulnerables, incrementa el riesgo de violencia doméstica, abuso a los menores y abandono. Los maestros pueden ser una fuente

confiable de apoyo emocional para los niños que están sufriendo abuso en sus hogares, así como ser los primeros en notar signos de alarma sobre problemas de salud mental o situaciones de riesgo. Por tanto, debemos trabajar en conjunto con las escuelas, los educadores y los padres de familia para difundir métodos innovadores de involucramiento remoto con estudiantes en riesgo y generar lineamientos de intervención, como visitas a los hogares, para poder valorar de forma más cercana las problemáticas que están presentando los niños, poner a su disposición líneas telefónicas de ayuda o chats que permitan acceder a los servicios de apoyo y referir a los niños o a sus padres a tratamiento psicológico.

Asimismo, se requiere extender los programas de nutrición y el acceso a sistemas de salud que mitiguen en algo los devastadores efectos que ha tenido la pandemia y las situaciones de distanciamiento social que esta ha conllevado. Como señalan Williamson et al. (2020), la pandemia mundial es, definitivamente, no solo una grave emergencia de salud pública, sino también una emergencia política, económica y social. En los próximos años, señalan los autores, los investigadores de innumerables disciplinas examinarán los factores médicos, políticos, económicos y sociales que definen nuestro momento actual. En respuesta a esta situación, y más allá de las estrategias de creación de mercado que han surgido en torno al uso de las herramientas digitales en la educación, se ha formado una variedad de coaliciones y redes para promover formas de aprendizaje en línea como una respuesta a largo plazo a la pandemia y una expectativa futura para los sistemas educativos del mundo. Williamson et al. (2020, p. 109) destacan la creación de la Coalición Mundial para la Educación anunciada por la UNESCO como una asociación internacional destinada a ayudar a los países a movilizar recursos e implementar soluciones innovadoras y adecuadas al contexto para brindar educación de forma remota, aprovechando enfoques de alta tecnología, baja tecnología y no tecnología, tanto para “mitigar la interrupción inmediata causada por la COVID-19 como para establecer enfoques para desarrollar sistemas educativos más abiertos y flexibles para el futuro” (UNESCO, como se citó en Williamson et al., 2020, p. 109). Entre los socios de esta coalición se encuentran Google, Microsoft, Facebook y Zoom junto con la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial. Todos estos organismos están ahora alineados con la misión común de extender la educación en línea a nivel mundial. El Banco Mundial ha trabajado activamente con los ministerios gubernamentales de educación de todo el mundo para promover la educación en línea, mientras que la OCDE ha comenzado a hablar de la COVID-19 como una crisis de desarrollo de *capital humano* y de la pandemia como una oportunidad para la experimentación y la imaginación de nuevos modelos de educación y nuevas formas de utilizar el tiempo de aprendizaje presencial (OCDE, como se citó en Williamson et al., 2020). Estas organizaciones internacionales que influyen de manera importante en las políticas públicas de diversos países del mundo están teniendo un impacto considerable en que los proveedores de plataformas privadas amplíen su alcance a territorios y espacios que antes eran inalcanzables, por lo que se avizora un futuro más prometedor en términos de acceso a las tecnologías digitales. Es momento también para que los educadores e investigadores de la educación desarrollen propuestas educativas innovadoras para transformar la enseñanza y potenciar el aprendizaje en entornos presenciales y virtuales que demuestren su eficacia en el logro de los propósitos educativos de los diferentes niveles educativos y fundamentalmente en el nivel de educación básica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorós-Reche, V., Belzunegui-Pastor, Á., Hurtado, G. y Espada, J. P. (2022). Emotional problems in Spanish children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Clínica y Salud*, 33(1), 19-28.
- Andrabi, T., Daniels, B. y Das, J. (2020). Human capital accumulation and disasters: evidence from the Pakistan earthquake of 2005. *RISE Working Paper Series*, 20(039).
- Angrist, N., De Barros, A., Bhula, R., Chakera, S., Cummiskey, C., DeStefano, J. Floretta, J., Kaffenberger, M., Piper, B. y Stern, J. (2021). Building back better to avert a learning catastrophe: Estimating learning loss

- from COVID-19 school shutdowns in Africa and facilitating short-term and long-term learning recovery. *International Journal of Educational Development*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2021.102397>
- Armenta, C., López, M., Gómez, M. P. y Puerto, O. (2022). Percepción y auto-reporte de los niveles de bienestar emocional en niñas y niños durante la pandemia por la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 52(1), 47-70.
- Atteberry, A. y McEachin, A. (2021). School's out: the role of summers in understanding achievement disparities. *American Educational Research Journal*, 58(2), 239-282. <https://doi.org/10.3102/0002831220937285>
- Clark, P. (2021). *Educación en pandemia: los riesgos de las clases a distancia*. Instituto Mexicano para la Competitividad.
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) (2020). *#InfanciasEncerradas. Consulta a niñas, niños y adolescentes. Reporte nacional*. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/Infancias_encerradas_Nacional.pdf.
- Curriculum Associates (2021). *Understanding student learning. Insights from Fall 2021*. <https://www.curriculumassociates.com/-/media/mainsite/files/i-ready/iready-understanding-student-learning-paper-fall-results-2021.pdf>
- Engzell, P., Frey A. y Verhagen, M. D. (2021). Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(17), 1-7. <https://doi.org/10.1073/pnas.202237611>
- Erades, N. y Morales, A. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 7(3), 27-34. doi: 10.21134/rpcna.2020.mon.2041
- Gallegos-Fernández, D. V., Gamas, G. y Álvarez, M. (2021). Dificultades tecnológicas enfrentadas por los docentes de educación básica en Tabasco al inicio de la pandemia por COVID-19. *Emerging Trends in Education*, 3(6), 70-93.
- García-Cabrero, B. (3 de junio de 2020). COVID-19: *impacto, desafíos y oportunidades para la Educación*. [Ponencia]. Conferencias virtuales “La ciudad y la pandemia”. *Mente y comportamiento ante el COVID-19*.

Incertidumbre, resiliencia y renormalización urbana. Ciudad de México, México.

- García-Cabrero, B. y Ponce-Ceballos, S. (2021). El recuento de los daños, los aprendizajes generados por el COVID-19 y el día después... Reflexiones para México. En G. Guevara (Coord.), *La regresión educativa* (pp. 291-316). Grijalbo.
- García, I., Romero, S. y Flores, V. J. (2022). COVID-19: Condiciones de estudio y repercusiones sobre el estado emocional y aprendizajes escolares de alumnos con necesidades educativas especiales. *MLS-Inclusion and Society Journal*, 1(1), 76-92. <https://www.mlsjournals.com/MLS-Inclusion-Society/article/view/1050>
- Gómez-Becerra, I., Fluja, J. M., Andrés, M., Sánchez-López, P. y Fernández-Torres, M. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 116-118.
- Gómez-Macfarland, C. A. y Sánchez-Ramírez, M. C. (junio de 2020). "Violencia familiar en tiempos de COVID". *Mirada Legislativa*, (187). http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4891/ML_187.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Great Schools Partnership (2013). *Learning loss*. Glossary of Education Reform. <https://www.edglossary.org/learning-loss/>
- Hernández, C. y Escobar, E. Y. (2021). Rezago educativo en escuelas públicas de Acapulco, Guerrero, ante la pandemia de COVID-19. En B. Brambila e I. T. Lay (Coords.), *Propuestas de inclusión, educación y gestión cultural de jóvenes investigadores* (pp. 167-182). Universidad de Guadalajara. https://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/sites/default/files/brambila-propuestas_de_inclusion.pdf#page=168
- Hernández, M. Á., Labanda, A. y Prado, A. (2021). Consecuencias psicoeducativas y emocionales de la pandemia, el confinamiento y la educación a distancia en el alumnado y la comunidad educativa. *Revista Participación Educativa*, 2(3), 75-88.
- Hevia, F. J., Vergara-Lope, S., Velásquez-Durán, A. y Calderón, D. (2022). Estimation of the fundamental learning loss and learning poverty related

- to COVID-19 pandemic in Mexico. *International Journal of Educational Development*, 88(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2021.102515>
- Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) (2015). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares. [/www.ift.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/encuesta-nacional-sobre-disponibilidad-y-uso-de-tecnologias-de-la-informacion-en-los-hogares-2015](http://www.ift.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/encuesta-nacional-sobre-disponibilidad-y-uso-de-tecnologias-de-la-informacion-en-los-hogares-2015)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (EcoVID-ED) 2020. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/ecovid19/2020/#Documentacion>
- Jornet, J. M., González, J., Perales, M. J., Sánchez-Delgado, M. P., Bakieva, M., Sancho-Álvarez, C. y Ortega-Gaite, S. (2020). *Informe Técnico La Escuela en Casa*. Ediciones Palmero. https://www.uv.es/gem/Resumen_ejecutivo.pdf
- Kogan, V. y Lavertu, S. (2022). How the COVID-19 pandemic affected student learning in Ohio: analysis of Spring 2021 Ohio State Tests. Ohio State University, John Glenn College of Public Affairs, 2021-10. https://glenn.osu.edu/sites/default/files/2021-10/210828_KL_OST_Final_o.pdf
- Kuhfeld, M., Condrón, D. y Downey, D. (2019). *When does inequality grow. A seasonal analysis of racial/ethnic disparities in learning in kindergarten through eighth grade*. The Collaborative for Student Growth at NWEA Working Paper. https://glenn.osu.edu/sites/default/files/2021-10/210828_KL_OST_Final_o.pdf
- Kuhfeld, M. y Tarasawa, B. (2020). *The COVID-19 slide: what summer learning loss can tell us about the potential impact of school closures on student academic achievement*. The Collaborative for Student Growth at NWEA Working Paper. https://www.nwea.org/content/uploads/2020/05/Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Postigo-Zegarra, S., Pérez-Marín, M. y Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72.
- Maldonado, J. E. y De Witte, K. (22 de septiembre de 2020). The effect of school closures on standardised student test outcomes. *KU Leuven*

- Faculty of Economics and Business Discussion Paper Series*. <https://feb.kuleuven.be/research/economics/ces/documents/DPS/2020/dps2017.pdf>
- Manrique, A. y Ramírez, N. (2021). Niñas, niños y adolescentes en pandemia. En G. Ortiz y M. J. Medina (Coords.), *COVID-19 y Bioética* (pp. 145-159). Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Medina-Gual, L., Chao, C., Garduño, E., González-Videgaray, M. C., Baptista, M. P., Montes, L. C., Medina-Velázquez, L., Rivera, M. Á., Covarrubias, C. A., Sánchez, L. D., Ojeda, J. A., Monereo, C., Martínez, A., Salazar, A. B., Verdugo, W. M., Jiménez, A. G. y Acosta, H. M. (2021). *Educación durante la COVID-19 en México. Un análisis desde las dimensiones pedagógica, tecnológica y socioemocional*. Fundación SM.
- Monroy-Gómez-Franco, L., Vélez, R. y López-Calva, L. F. (2021). *The potential effects of the COVID-19 pandemic on learning*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2021/10/08-Monroy-Gomez-Franco-Velez-y-Lopez-Calva-2021.pdf>
- Morgül, E., Kallitsoglou, A. y Essau, C. A. (2020). Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 42-48.
- Muñoz-Izquierdo, C. (2009). *¿Cómo puede la educación contribuir a la movilidad social? Resultados de cuatro décadas de investigación sobre la calidad y los efectos socioeconómicos de la educación*. Universidad Iberoamericana.
- Onyema, E. M., Eucheria, N. C., Obafemi, F. A., Sen, S., Atonye, F. G., Sharma, A. y Alsayed, A. O. (2020). Impact of coronavirus pandemic on education. *Journal of Education and Practice*, 11(13), 108-121.
- Orgilés, M., Espada, J. P. y Morales, A. (2020). How super skills for life may help children to cope with the COVID-19: psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 88-93.
- Ortega, A. (mayo de 2021). *La pandemia provocó retroceso de 3 años en educación, advierte Mexicanos Primero*. Expansión Política. https://politica.expansion.mx/mexico/2021/05/26/la-pandemia-provoco-retroceso-de-3-anos-en-educacion-advierte-mexicanos-primero?utm_source=internal&utm_medium=branded

- Phelps, C. y Sperry, L. L. (2020). Children and the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S73–S75. <https://doi.org/10.1037/tra0000861>
- Pier, L., Christian, M., Tymeson, H. y Meyer, R. H. (2021). COVID-19 impacts on student learning: Evidence from interim assessments in California [Report]. Policy Analysis for California Education. <https://edpolicyinca.org/publications/covid-19-impacts-student-learning>
- Sabates, R. y Carter, E. (27 de mayo de 2020). *Estimating learning loss by looking at time away from school during grade transition in Ghana*. Ukfiet. The education and development forum <https://www.ukfiet.org/2020/estimating-learning-loss-by-looking-at-time-away-from-school-during-grade-transition-in-ghana/>
- Sánchez, I. M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Medisan*, 25(1), 123-141.
- Schult, J., Mahler, N., Fauth, B. y Annalena, M. L. (2021). Did students learn less during the COVID-19 pandemic? Reading and math competencies before and after the first pandemic wave. *PsyArXiv Preprints*. 11. 10.31234/osf.io/pqtgf
- Tomasik, M. J., Helbling, L. A. y Moser, U. (2021). Educational gains of in-person vs. distance learning in primary and secondary schools: a natural experiment during the COVID-19 pandemic school closures in Switzerland. *International Journal of Psychology*, 56(4), 566-576.
- Urbina-García, M. Á. (2022). El bienestar de los niños: el aislamiento social durante el confinamiento por el COVID-19 y estrategias efectivas. *Diálogos sobre Educación*, 12(2). <https://doi.org/10.32870/dse.vo122.781>
- Vergara-Lope, S. y Hevia, F. J. (2018). Rezago en aprendizajes básicos: el elefante en la sala de la reforma educativa. En A. Martínez y A. Navarro (Coords.), *Qué podemos reformar de la Reforma educativa: una mirada sobre sus principales alcances y retos* (pp. 45-65). Senado de la República-Instituto “Belisario Domínguez”.
- Williamson, B., Eynon, R. y Potter, J. (2020). Pandemic politics, pedagogies, and practices: digital technologies and distance education during the coronavirus emergency. *Learning, Media, and Technology*, 45(2), 107-114.

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

5

Emilia Lucio⁽¹⁾

María Teresa Monjarás-Rodríguez⁽¹⁾

SALUD MENTAL Y COVID-19

En el presente capítulo iniciamos abordando la salud mental infantil y COVID-19. Sabemos que resguardar la salud mental en la infancia es primordial para prevenir problemas psicopatológicos en la adolescencia o adultez; además se ha observado que la exposición a situaciones adversas en la infancia y la acumulación de estas favorece el deterioro de la salud mental (Arpawong et al., 2022). Los trastornos más frecuentes en la infancia, en México, son los de ansiedad y problemas de conducta (Benjet, 2009); además, desde antes de la pandemia se había visto un incremento en las manifestaciones depresivas, ánimo irritable y conducta opositora (Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez, 2019).

Los factores estresantes de larga duración, como el aislamiento por COVID-19, pueden tener efectos nocivos y duraderos en niños y adolescentes (Brooks et al., 2020). El miedo a la infección, la frustración, las dificultades en la educación, el aburrimiento, la información inadecuada, la falta de contacto con los compañeros de clase, amigos, maestros y la falta de espacio personal en el hogar son factores detonantes de ansiedad y depresión.

Según Da Silveira y Siepmann (2020), el aislamiento por la pandemia puede tener repercusiones en la salud mental de los niños y adolescentes.

(1) Facultad de Psicología.

Ellos pueden presentar miedo, ansiedad, alerta constante, preocupación, confusión mental, estrés, cambios en el patrón del sueño, sedentarismo y cambios en los hábitos alimenticios.

Como se ha referido en la OMS México, aun cuando hay un número menor de infantes y adolescentes afectados de manera directa por COVID-19, ellos están en riesgo de ser las mayores víctimas: muchos perdieron a un miembro de su familia o el apoyo de un cuidador. Otros tantos se ven afectados por las medidas para controlar la transmisión: distanciamiento físico, cierre de escuelas o de centros de cuidado infantil, así como por la desaceleración económica que reduce el ingreso familiar.

Considerando lo anterior, a continuación se describen afectaciones desde la primera infancia hasta la adolescencia, pues sabemos que cada etapa tiene sus propios desafíos y características particulares.

Primera infancia

Según la UNESCO (2021) la primera infancia abarca desde el nacimiento hasta los ocho años, y se caracteriza por un crecimiento y desarrollo notable del cerebro; durante esta etapa los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos, por lo que se considera de suma importancia profundizar sobre la primera infancia y sus efectos en la salud mental asociados a la COVID-19.

En la etapa preescolar los niños van aprendiendo a regular sus emociones y manejar el estrés con ayuda de sus cuidadores; se ha visto que durante esta etapa tienden a enfrentar las situaciones estresantes a través de un afrontamiento emocional y evitativo (Frydenberg, 2017) por lo que este se convierte en una variable que media entre el estrés percibido y los problemas de salud mental.

Algunos estudios realizados en diferentes países han reportado cambios conductuales y emocionales similares en niños y adolescentes dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentren (Jiao et al., 2020; Zhou et al., 2020; Patrick et al., 2020). Específicamente los niños de tres a seis

años reportaron cambios como problemas en el sueño, mayor sensibilidad, tendencia al llanto y miedo; en los niños de edad escolar se reportó mayor irritabilidad, dificultad para concentrarse y preguntas persistentes sobre COVID-19 (Tirado-Hurtado, 2020). En México, en la zona conurbada y Ciudad de México, se ha reportado un incremento en los problemas de atención en los preescolares (UNAM *Mirada a la Psicología*, 2021) durante la pandemia, y en el regreso a clases algunos maestros reportan la dificultad de los preescolares por concentrarse, lo cual puede relacionarse con el tiempo excesivo que pasaron frente a las pantallas, asociado a una sobreestimulación visual que, se ha visto, puede influir en los problemas de atención (Campero, 2020; Serna-Martínez, 2020).

Según Espada et al. (2020) la National Child Traumatic Stress Network, una red estadounidense, considera que la respuesta psicológica a la COVID-19 dependerá de la edad del niño. Las reacciones más esperables en la etapa preescolar son el miedo a estar solo, el miedo a la oscuridad o las pesadillas, las conductas regresivas, los cambios en el apetito y un aumento de rabietas, quejas o conductas de apego.

Por otra parte, algunos autores señalan que los niños pequeños no pueden entender el coste de la pandemia, pero el estrés de sus padres les provoca ansiedad y aumenta sus preocupaciones. Los niños pueden mostrar su ansiedad en forma de rabietas, comportamientos desafiantes o conductas regresivas, como chuparse el dedo, que los padres quizá no pueden entender como un impacto psicológico negativo ligado a la pandemia (Asif et al., 2022; Imran et al., 2020).

Molini-Avejonas et al. (2021) evaluaron a 100 niños entre cero y cinco años 11 meses antes, durante y después de la pandemia. Concluyeron que los niños aislados socialmente tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud en la edad adulta; la falta de relaciones sociales impacta negativamente en el desarrollo estructural del cerebro.

Otro tema importante ha sido el regreso a clases; para algunos preescolares puede ser muy emocionante reencontrarse con sus compañeros, por lo que pueden mostrar sobreexcitación y dificultad para atender las indicaciones, o algunos otros podrán mostrar miedo. Debemos ser empáticos con las emociones tanto de los niños como de los docentes y estar preparados para

contener las emociones. Como adultos no podemos apoyar a nuestros niños si primero no logramos manejar nuestras propias emociones; el primer paso para ayudarlos es reconocer lo que sentimos, ante qué situaciones y cómo manejarlo: yo, como docente o padre, no le puedo decir a mi hijo que se tranquilice si él observa que yo no logro tranquilizarme y me muestro tenso.

Los niños más pequeños, especialmente aquellos con discapacidades, corren un mayor riesgo de quedarse atrás académicamente y tienen menos probabilidades de beneficiarse del aprendizaje a distancia. Todos estos factores pueden afectar negativamente su rendimiento académico y su bienestar mental y físico durante meses o años después de que se han levantado las restricciones (Hamoda et al., 2021).

Es importante recalcar que los niños pequeños se encuentran desarrollando su autorregulación, por lo que pueden ser más vulnerables si no se brindan las herramientas para su bienestar y contención emocional; para ello es importante la promoción de habilidades socioemocionales en los adultos, padres, maestros y demás que los rodean. Como lo mencionamos anteriormente, no podemos enseñar lo que no practicamos.

Infancia intermedia

Sabemos que en la infancia intermedia los niños refuerzan sus habilidades sociales a través de la escolarización, al tener contacto con otros pares. Tras el confinamiento por COVID-19 estas habilidades pudieron verse afectadas y, como consecuencia, también la salud mental y la posibilidad de asumir las normas y desenvolvimiento en la sociedad (Rengel-Sempértegui y Calle-Coronel, 2020).

Según Espada et al. (2020), algunas de las afectaciones asociadas al confinamiento en los niños de seis a doce años son irritabilidad, pesadillas, problemas de sueño o del apetito, síntomas físicos, como dolores de cabeza o de estómago, problemas de conducta o apego excesivo, así como pérdida de interés por los compañeros y competencia por la atención de los padres en casa (Espada et al., 2020).

Es importante señalar que, debido al confinamiento, muchos niños pudieron mostrarse poco satisfechos en casa, sobre todo cuando el espacio no era suficiente para desarrollar sus actividades. No poder ver a otros familiares, como los abuelos, pudo generar en ellos un impacto negativo y sensación de vacío (Cifuentes-Faura, 2020).

Rengel-Sempértegui y Calle-Coronel (2020) refieren que los cambios en el comportamiento de los niños se deben al cambio en sus rutinas; al atravesar por múltiples modificaciones en su propia vida, aumenta la frecuencia de berrinches, la dificultad para comprender las emociones, así como la incertidumbre.

Adolescencia

En la adolescencia es muy importante la relación con los pares; a ellos les gusta salir, explorar el mundo fuera de sus casas. Sin embargo, debido a la pandemia, tuvieron que estar encerrados en casa y ante su necesidad de relacionarse con sus pares recurren a los dispositivos electrónicos. Para los adolescentes puede resultar más costoso el encierro que para los niños; es importante, como padres, darles su espacio y no obligarlos, ni acceder a todas sus demandas (Suicidologiamx, 2020).

En un estudio realizado por Tirado-Hurtado (2020) se encontró que los adolescentes presentaban mayor malestar psicológico relacionado al confinamiento, al alejarse de sus amigos de colegio, el hacinamiento, la falta de actividad física y el duelo. Otros cambios fueron el aburrimiento, ansiedad, opositorismo, tartamudez y el incremento del uso de aparatos electrónicos (Tirado-Hurtado, 2020).

Zhou et al. (2020) realizaron un estudio de corte epidemiológico entre estudiantes chinos de doce a dieciocho años (n=8 079). El hallazgo más relevante fue que un porcentaje alto y significativo informó angustia emocional en esta población. Por ejemplo, 43.7 % reportó síntomas significativos de depresión; otro 37.4 %, síntomas marcados de ansiedad, y 31.3 % señaló una combinación de depresión y ansiedad. En otros análisis realizados encontraron

que el principal factor de riesgo era ser mujer, seguido de estar ubicado en el último grado de estudios.

En adolescentes de trece a dieciocho años puede ser habitual encontrar síntomas físicos, problemas de sueño o de apetito, aislamiento de compañeros y seres queridos, pero también un aumento o disminución de la energía, apatía y desatención a los comportamientos de promoción de la salud (Espada et al., 2020).

Con respecto a los problemas de sueño en los adolescentes, se ha reportado que los patrones de sueño disfuncionales durante la pandemia, por ejemplo, acostarse temprano y levantarse tarde o acostarse tarde y levantarse temprano se acrecentaron, y estos, a su vez, se asocian con la depresión y el estrés (Zhao et al., 2022); así también se ha asociado al uso excesivo de las tecnologías, que además conducen a problemas de sobrepeso y adicción (Wang et al., 2019).

Otra de las preocupaciones durante la etapa de la adolescencia en tiempos de pandemia ha sido el tema de las autolesiones y el suicidio. Ammerman et al. (2021), en un estudio realizado en Estados Unidos, encontraron asociación entre varias experiencias relacionadas a la COVID-19 (es decir, angustia general, miedo al daño físico y los efectos de las políticas de distanciamiento social) y la ideación suicida del mes anterior y los intentos de suicidio. Además, una proporción significativa de aquellos con ideación suicida reciente relacionan explícitamente sus pensamientos suicidas a la COVID-19. En México, según datos del INEGI (2019), las mujeres entre quince y diecinueve años tienen la tasa más alta de suicidio, con cuatro por cada cien mil mujeres; mientras que en el caso de los hombres hubo 15.1 sucesos en jóvenes de 20 a 24 años por cada cien mil jóvenes, por lo que es de suma importancia incidir en esta problemática que se puede agravar durante y después de la pandemia.

Es importante resaltar lo señalado por Espada et al. (2020), quien refiere que los niños y adolescentes pueden tener mayor vulnerabilidad de presentar afectaciones en su salud mental si presentan características en la estructura familiar, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física o mental que les haga necesitar un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.

En la literatura se reporta que las personas jóvenes (< 40 años) padecen más de depresión y ansiedad ante la pandemia. Es posible que esto se deba a que están más conectados a las redes sociales, leyendo o conversando del tema (Hossain et al., 2020).

Otro de los factores identificados de riesgo para la salud mental en niños, adolescentes y sus cuidadores ha sido el número de niños en el hogar, a mayor número, mayor presencia de síntomas, ya que al haber más niños se potencializan los conflictos entre los hermanos y se limitan las posibilidades de que se asegure un tiempo a solas. Otro factor es que los cuidadores estén menos disponibles para brindar tiempo individual de calidad a cada uno de sus hijos. También se ha mostrado que los síntomas de los padres se correlacionan con los de los hijos (Fitzpatrick et al., 2021), por lo que el trabajo con padres y hermanos resulta indispensable en la promoción y prevención de la salud mental.

Otro concepto importante por considerar es la resiliencia; no todos los niños y adolescentes mostrarán afectaciones emocionales, muchos de ellos lograrán adaptarse a la situación estresante y mostrarse competentes, favorecidos por algunos factores protectores, como clima familiar favorable, buena relación con los padres, apoyo social externo, su propia personalidad (extroversión o flexibilidad al cambio), temperamento, espiritualidad, capacidad intelectual, autoestima, entre otros. Muchos niños habrán aprendido a manejar la situación estresante observando el modelo de sus padres: ¿cómo lograron ellos adaptarse a la situación? El afrontamiento juega un papel relevante y se destaca que los padres, maestros, familiares y algunos otros tienen un papel fundamental para modelarlo (Espada et al., 2020).

INTERVENCIONES EN NIÑOS. ¿QUÉ HACER?

Una vez identificadas las principales afectaciones en la salud mental en la infancia y adolescencia, procedemos a mencionar algunas de las intervenciones realizadas hasta ahora para prevenir problemas, así como algunas propuestas para trabajar con los infantes. En un estudio reciente con preescolares

(Monjarás-Rodríguez y Romero-Godínez, 2021) se halló una relación entre el afrontamiento funcional del preescolar ante el encierro por COVID-19 y estrategias de los padres, como jugar con ellos y hacer diferentes actividades recreativas en casa, explicarles sobre la situación, hablar sobre el cuidado ante la COVID-19, dar seguridad, estar tranquilos y hacer videollamadas con familiares. Así, también las emociones y pensamientos positivos del encierro tanto de los padres como de los niños se relacionaron con un tipo de afrontamiento funcional, por ejemplo, “alegría de pasar más tiempo juntos”, “el encierro ha mejorado la relación entre nosotros”, etcétera.

Ante el aislamiento por COVID-19, Lucio y Hernández (citados en SuicidologíaMX, 2020) sugieren ser honestos con los niños, hablando directamente sobre la situación de la pandemia, ser sensibles a sus necesidades y trabajar en familia para reducir el estrés. Tirado-Hurtado (2020) refiere que se requiere de una identificación temprana de los problemas de salud mental para prevenir la morbilidad de salud mental a largo plazo; considera primordial la atención de la salud y la formulación de políticas encaminadas a la prevención, la promoción y las intervenciones correspondientes al sistema público de salud mental para satisfacer las necesidades de salud mental de la población en general y en especial de los niños y adolescentes. En el enfoque preventivo se ha propuesto la detección temprana de casos de riesgo, mitigar los efectos de un contexto estresante y reducir los síntomas leves antes de que se agraven (Espada et al., 2020). Además, se enfatiza la importancia de promover el afrontamiento productivo para reducir el estrés y problemas de salud mental asociados.

La reapertura de las escuelas ofrece un entorno importante para apoyar a los niños en el restablecimiento de las rutinas y para que los niños prosperen socialmente, emocionalmente y en el aspecto educativo. Los programas escolares de salud mental que incorporan enfoques universales de salud mental serán importantes porque todos los niños han sido afectados de alguna manera por la pandemia de COVID-19. En Pakistán se llevó a cabo un sistema de entrenamiento en línea con un chat, a través del cual los maestros podían identificar problemas socioemocionales y de conducta con la finalidad de brindar estrategias apropiadas para manejar esos problemas en el

entorno cotidiano de las aulas y la promoción de la salud entre todos los escolares (Hamoda et al., 2021).

Fitzpatrick et al. (2021) refieren que se han desarrollado terapias probadas para distintos trastornos —como ansiedad-depresión (Brooks et al., 2021), hiperactividad, mal comportamiento y trastornos del sueño—, así como manejo del estrés en niños y adolescentes que se podrían emplear a modo de prevención e intervención en la actualidad. En aquellos que no presenten síntomas clínicamente significativos, pueden ser especialmente eficaces para abordar problemas primarios; sin embargo, hay otros temas importantes referidos por los padres que se han dejado de lado, como el aislamiento social, soledad y aburrimiento, por lo que sugiere ampliar las intervenciones con dichas temáticas. Fitzpatrick et al. (2021) también hacen referencia a programas de activación conductual para promover la salud emocional y conductual en niños y adolescentes, especialmente en el contexto de la depresión, así como programas breves dirigidos a la sobrecarga de los cuidadores, ya que muchos reportan que necesitan un descanso de los niños, por lo que intervenciones dirigidas a los padres que requieren mucho tiempo y esfuerzo por parte de los cuidadores pueden ser consideradas poco útiles o no viables. Los programas breves a distancia que aborden estrategias generales de afrontamiento, relajación y gestión del estrés podrían ser útiles.

Por otro lado, Malboeuf-Hurtubise et al. (2021) realizaron un piloteo de una intervención basada en la terapia artística centrada en la emoción y dibujo de mandalas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en una escuela primaria; se realizaron intervenciones en línea y a distancia y se tuvo un efecto significativo en los problemas de atención.

Hoagwood y Kelleher (2020) proponen el Plan Marshall para la salud mental de los niños después de COVID-19, el cual se basa en dos pilares: *a*) la ética de “los niños primero” y *b*) un enfoque de recuperación tras la catástrofe, para fomentar la resiliencia. En el primer pilar se enfatizan las políticas públicas para fomentar el desarrollo socioemocional de los niños, se da prioridad a los niños en todas las comunidades y estratos de la sociedad. En el segundo pilar se retoma el programa Building Back Better (BBB), promovido por las Naciones Unidas, que es un enfoque de recuperación tras una catástrofe, para

fomentar la resiliencia tras traumas localizados y promover acciones multinivel a corto y largo plazo que mejoren el bienestar de la población.

Los autores antes mencionados retoman cuatro propuestas clave de dicho programa al Plan Marshall:

En primer lugar, los servicios de ámbito local deben proporcionar formación y apoyos a las familias, cuando y donde sea necesario. Esto significa poner los servicios de apoyo a los niños y a las familias a su disposición en lugares convenientes para la familia y no solo para la entidad proveedora. En algunas comunidades esto significa la prestación de servicios en los programas de mujeres, bebés y niños, iglesias, escuelas, centros comerciales y centros de salud. La mano de obra se deberá ampliar, para aprovechar la disponibilidad de prestadores a nivel comunitario, para profesionales y especialistas certificados en apoyo a los padres. Todos ellos podrían prestar la mayoría de estos servicios, en lugar de los especialistas de alto costo.

En segundo lugar, la promoción de la justicia y la equidad, como característica de BBB, significa satisfacer las necesidades básicas de salud mental y seguridad económica de los padres y prestar los servicios en función de la gravedad de las necesidades.

En tercer lugar, BBB depende de la disponibilidad de los contactos para tener acceso a los servicios y los resultados asociados a dichos servicios —incluyendo un seguimiento de la población a nivel nacional, estatal y comunitario—, y se aprovechan las tecnologías digitales que incluyan páginas web o chat para un fácil acceso a pediatras, enfermeras, asesores de empleo y apoyo a padres.

El cuarto implica una infraestructura financiera que factura según las necesidades sociales, emocionales y de desarrollo de los niños y no según los protocolos de los seguros.

Aunque el Plan Marshall propuesto resulta completo, en países como México, donde no se tienen recursos financieros y políticas públicas para su ejecución, parece poco viable; sin embargo, se pueden sumar esfuerzos para su ejecución. Otra de las propuestas a trabajar durante y después de la pandemia ha sido la atención en línea.

Debido a la pandemia, la atención en línea se priorizó, así también los programas de prevención de la salud mental, asociada a los efectos provocados por el confinamiento y COVID-19, como el mencionado anteriormente por Hamoda et al. (2021). Por otra parte, Brog *et. al.* (2022), refieren que intervenciones basadas en Internet son especialmente adecuadas para este fin, son fácilmente accesibles y el formato en línea permite respetar el distanciamiento social. Desarrollaron una intervención denominada ROCO con jóvenes y adultos para hacer frente al malestar psicológico causado por la pandemia de COVID-19. Los módulos se basan en la terapia cognitivo-conductual, centrándose en: *a*) la psicoeducación sobre COVID-19 relacionada con el malestar psicológico, *b*) las habilidades de regulación de las emociones, *c*) identificar y reestructurar los patrones de pensamiento, *d*) el fortalecimiento de la resiliencia y *e*) el fomento de la relajación y el autocuidado. La intervención condujo a un aumento significativo de las habilidades de regulación de las emociones y de la resiliencia; asimismo, puede ser adecuada para fines preventivos, como mejorar el afrontamiento general del malestar psicológico o los posibles factores de estrés.

En la Facultad de Psicología en la UNAM, como parte de los proyectos PAPIIT IN305719 y IA301521, dirigidos por las autoras de este capítulo, se han implementado programas de intervención preventivos de la salud mental dirigidos a adolescentes, escolares y preescolares, en los que se priorizan temas como el estrés y el afrontamiento. En los preescolares se realizó una intervención en línea durante la pandemia para promover estrategias de afrontamiento productivas. En el piloteo de esta intervención se logró aumentar el afrontamiento funcional después de la intervención, pero esta no tuvo ningún efecto en el estrés y los problemas externalizados e internalizados de los niños. Se decidió, por lo tanto, llevar a cabo la intervención de manera presencial, y se observó que, además de aumentar el afrontamiento productivo en preescolares, hubo una disminución en los problemas de atención. Es importante mencionar que para captar la atención de los preescolares en línea fue necesario adaptar los juegos a esta modalidad, utilizando ruletas interactivas y bingo, entre otros.

La epidemia de COVID-19 y el confinamiento no solo obligaron a priorizar la atención en línea, sino que en algunos periodos esta fue la única opción viable. La maestría en psicología con residencia en psicoterapia infantil de la Facultad de Psicología de la UNAM provee atención psicológica a niños y sus padres; la situación de la pandemia obligó a seguir atendiendo a los niños y modificó la forma de atención, ya que los Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad tuvieron que cerrar. Hubo diferentes situaciones:

- Niños que ya estaban siendo atendidos y que tuvieron que continuar atendándose en línea.
- Niños que necesitaban ser atendidos a los que solo se podía atender en línea.

Lo anterior llevó a maestros y alumnos a capacitarse en la telepsicología infantil, así como a ejercer creatividad para ofrecer atención en línea a poblaciones mayoritariamente vulnerables que en muchos casos no contaban con una tableta o una computadora para conectarse a internet, por lo que en algunos casos la única solución fue la videollamada a través de un teléfono celular.

Cuando se anunció el confinamiento, se procuró tener una sesión presencial con los niños y quien los llevaba a consulta, que en general era la madre, para explicarles que, debido al confinamiento, la atención sería en línea; algunos aceptaron y otros no, lo que implicó que hubiera niños que se quedaran sin atención; de cualquier manera, se les proporcionó un correo o un teléfono por si lo deseaban hacer posteriormente.

Un beneficio importante para los terapeutas en formación fue aprender de los niños a jugar con plataformas virtuales que los pequeños conocían más que los terapeutas, también aprender de ellos su capacidad de adaptación. Hubo que hacer, de acuerdo con lo que dicen algunas guías de la teleterapia, un contrato o al menos un encuadre de la terapia en línea. Para esto era indispensable contar con los padres, que en ocasiones fueron muy buenos colaboradores.

Dentro de este encuadre, fue importante mostrar al niño y a los padres que, al conectarse, nadie más que el terapeuta podía ver y escuchar lo que

se hacía en la terapia. Esto es algo muy semejante a decir en la terapia presencial, la sesión será solamente aquí en el consultorio, en un espacio y en una hora fija en la que todos estemos de acuerdo, el terapeuta, los padres y el niño.

Una de las dificultades más importantes en la teleterapia fue la falta de espacios y confidencialidad en las casas de los niños, los padres u otros miembros de la familia estaban pendientes de oír lo que el niño decía, por lo que un auxiliar importante fue el chat, porque si los niños contestaban ahí, los papás no escuchaban lo que se decía. A veces no eran los padres, sino los cuidadores quienes escuchaban y luego comentaban las sesiones con otras personas, lo que sin duda podría obstaculizar el tratamiento.

Una ventaja de la atención a distancia fue el registro de las sesiones, pues es más cómodo hacer las notas en un espacio virtual; sin embargo, quizá también se pierde la observación hasta de las miradas.

Para ejemplificar algunos de los retos y adaptaciones realizadas en la atención a niños y adolescentes en línea se presentan los siguientes casos:

Con S, las sesiones se llevaron a cabo en línea de manera semanal y de forma constante. Las primeras sesiones tuvieron el objetivo de indagar la adaptación a la pandemia, el seguimiento de las medidas sanitarias, los cambios que esta implicaba en el ámbito escolar (clases a distancia y tareas escolares en plataformas como Classroom y correo electrónico), cambios en el ámbito familiar, las dificultades laborales de la madre (Vázquez, 2022).

Durante esta etapa, la madre de la niña decidió separarse de su esposo por violencia, por lo que se consideró relevante explorar la adaptación de S a dicho cambio, para lo cual se abordó el tema de la separación tanto con la madre como con la niña mediante un cuento. Posteriormente se buscaron formas de continuar con la terapia de juego, que es una herramienta básica para los terapeutas infantiles. Para ello se utilizaron dibujos con técnicas como la del árbol de la vida.

La pequeña refirió en esta actividad que las raíces del árbol forman parte de su historia y las tradiciones familiares, como los cumpleaños en los que convive con su familia; la tierra corresponde a sus pasatiempos como correr, nadar y bailar. El tronco lo identifica con sus habilidades, considera que es

IMAGEN 1



buena para correr, para poner límites, comenta que quiere ser veterinaria y doctora para curar a los animales y a las personas. Las hojas corresponden a las personas que son importantes en su vida, como su abuela, su mamá, hermanas y primas. Las flores pueden referirse al cuidado de su abuela. También se recurrió al uso de la lectura de cuentos y se adaptaron algunas pruebas psicológicas, como la Batería de Evaluación Infantil, para poder aplicarlas en línea.

La teleterapia brindó la oportunidad de involucrar en algunas sesiones a la abuela y la hermana de la niña. Como S se sentía menospreciada por su familia, como parte del cierre de la intervención, participaron sus primas, con las que compartía la casa, lo que tuvo como objetivo que las integrantes de la familia extensa valoraran los recursos de S, entendieran sus deseos y se promoviera que pudieran convertirse en una red de apoyo. Las sesiones se siguieron en línea hasta que terminó el tratamiento.

En el caso de F (cinco años) también se tuvieron sesiones en línea durante la pandemia vía Zoom, con motivo del suicidio de su madre. Se utilizaron algunas plataformas de Violet Oaklander en línea, como la caja de arena, tarjetas proyectivas, casa de muñecas y teatro online, técnicas a través de las cuales F pudo elaborar y reconstruir la pérdida de su madre.

Otro fue el caso de E (once años) con problemas para controlar su enojo, así como problemas familiares, en el cual se utilizó el enfoque narrativo y, a

IMAGEN 2



Imagen editada por la licenciada Tere Choi, psicoterapeuta en formación, como parte de la terapia. Programa de la residencia en psicoterapia infantil. Facultad de Psicología. UNAM.

través de presentaciones en Power Point, plastilina y dibujos, él fue narrando la historia sobre el Volcán de las emociones.

Como se mencionó anteriormente, antes de intervenir con los niños fue necesario capacitarse en el uso de la telepsicología infantil, las variables que intervienen, sus ventajas y desventajas, técnicas *online*, temas con relación al uso ético, considerando la legislación en México: la Ley General de Salud artículo 46; la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, artículo 191; la Ley Federal de Protección de Datos Personales, así como las consideraciones éticas de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2013), y el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Hubo varias dificultades para seguir las sesiones en línea, como se mencionó anteriormente, una de las principales fue la falta de un espacio privado para tener la sesión; sin embargo, este inconveniente también tuvo sus ventajas, pues fue posible incluir a una hermana mayor de la niña para que la apoyara en sus tareas escolares, que era un problema complejo en este caso, pues S. tenía algunos problemas de aprendizaje.

Una de las ventajas en línea fue adentrarse al contexto de los niños, quienes nos mostraron su hogar, hermanos y otras personas durante las

sesiones, lo cual permitió mayor comprensión y acercamiento a ellos (SuicidologíaMX, 2020). Otra ventaja de la teleterapia fue atender a niños que no hubieran podido ir a los centros de la Facultad, porque vivían fuera de la ciudad y, como durante la pandemia no se les cobraba, se les pudo atender aunque no contaran con recursos económicos.

La teleterapia tiene ventajas, pero hay que tener presente que no todo lo presencial se puede sustituir con lo virtual, quizá, así como tenemos que pensar en modelos educativos híbridos, también tenemos que pensar en modelos terapéuticos híbridos. El hecho de que el padre o madre se dé el tiempo para llevar al niño a la terapia y quizá platicar con él en el camino, es ya darle al niño un espacio que puede ayudar a su mejoría. Además, desconectarse de la casa, donde puede haber violencia o algún otro problema, y tener un espacio terapéutico es importante también.

La teleterapia, combinada con la terapia presencial permite a los terapeutas ejercitar una mayor flexibilidad, capacidad de adaptación y tener más herramientas, en contraste con una formación en intervención presencial.

Podemos concluir que, para intervenir con los niños y adolescentes durante y después de la pandemia, se requiere trabajar con los padres, hermanos y familia, así como seguir trabajando con la atención en línea y continuar la capacitación en dicha área; también es necesario priorizar la atención presencial con niños y adolescentes en situaciones vulnerables que no cuentan con los dispositivos electrónicos requeridos, así como casos graves y con niños muy pequeños.

PRINCIPALES DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ

Finalizamos el capítulo mencionando los principales desafíos en la atención a la salud mental en la infancia asociados a la pandemia. Reiteramos la necesidad de contar con políticas públicas que promuevan la prevención y promoción de la salud mental, asociadas con las experiencias vividas ante la pandemia por COVID-19. También es importante el trabajo multidisciplinario

entre psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y otros especialistas para fortalecer la prevención y promoción de la salud mental. Además, debe resaltarse la importancia de trabajar especialmente con los grupos que viven en contextos de vulnerabilidad social (Cid et al., 2020).

Uno de los desafíos ha sido la evaluación y tratamiento de niños que ya presentaban problemas de salud mental antes de la pandemia. Algunos autores refieren que, si bien hubo un incremento en el estrés percibido en niños y adolescentes que ya tenían problemas de salud mental antes de la pandemia, se vio un incremento mayor en la afectación emocional de aquellos que no tenían ninguna condición de salud mental; en correspondencia con ello, los cambios en la calidad de las relaciones con la familia y los amigos, así como las preocupaciones financieras, predijeron el estrés percibido. Los autores mencionan que los resultados se pueden asociar a que los niños y adolescentes con problemas de salud mental han aprendido a desarrollar estrategias para hacer frente a relaciones familiares tensas ya identificadas, por ejemplo, con apoyo profesional. Estas estrategias pueden incluir rutinas diarias, deportes o la música. Otra posible explicación fue que el no asistir a la escuela podría reducir sus niveles de estrés individual, aunque las estrategias de evitación son efectivamente desadaptativas a largo plazo, porque implican un mantenimiento del trastorno, pueden conducir a un alivio a corto plazo de los miedos y la ansiedad. Desde este punto de vista, para los individuos con problemas de salud mental, las restricciones sociales relacionadas con COVID-19 y el cierre de las escuelas podrían haber servido el propósito de una estrategia de evitación, con el alivio a corto plazo de la ansiedad social y del rendimiento. Es posible que este alivio a corto plazo haya contribuido a la conclusión de que los niños, adolescentes y adultos no mostraron el grado esperado de deterioro de las emociones y el aumento de las preocupaciones durante COVID-19. Sin embargo, dado que las estrategias de evitación suelen ser desadaptativas en cuanto al mantenimiento del trastorno a largo plazo, sería muy interesante observar cómo evolucionan las emociones y preocupaciones de los niños y adolescentes con problemas de salud mental (Rothe et al., 2021).

Dentro de la evaluación, el principal desafío fue la aplicación en línea de instrumentos que aún no se encuentran validados en dicha modalidad; sin

embargo, ante la emergencia sanitaria, fue necesaria su adaptación, tomando en cuenta que los resultados podrían verse sesgados en la aplicación en línea. Es importante seguir investigando y promoviendo la evaluación en línea para aquellos casos de niños y adolescentes que por algunas circunstancias no pueden ser atendidos de forma presencial.

Otro de los desafíos está relacionado con la atención de la violencia infantil, que ha incrementado durante la pandemia, lo que, en algunos casos, fue debido al estrés y nivel de ansiedad intenso en la familia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020). La violencia infantil ha debilitado la capacidad de respuesta de los servicios de protección infantil y de salud mental. Por ello, es necesario dar prioridad a la protección de la infancia, la salud mental y otros servicios básicos durante y después de la pandemia. Si no se hace así, se disminuirá la capacidad de la comunidad internacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 y de cumplir sus obligaciones en virtud de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (Maalla M'jid, 2020).

La Red Nacional de Refugios (2020) señala que, en México, durante la contingencia por COVID-19, se atendieron a través de los refugios, centros de atención externa, casas de emergencia, casas de transición, redes sociales y líneas de atención telefónica a 23 mil 303 mujeres, niñas y adolescentes que reportan haber sufrido violencia familiar y de género, que representan 71 % más atenciones que en 2019.

En el caso de S, quien se presentó con anterioridad, se ve reflejada la problemática de la violencia hacia las mujeres y exposición de esta en los niños; relacionado con lo anterior, es importante referir que la sobrecarga en las mujeres y su agotamiento durante la pandemia fue notoria (SuicidologíaMX, 2020).

Otro de los desafíos fue el trabajo con padres y madres agotados por el aislamiento y cuidado de sus hijos: aunque se promovió el trabajo con padres dentro del programa de la residencia en psicoterapia infantil UNAM y dentro del Proyecto PAPIIT IN305719 con madres agotadas, la respuesta fue mínima. Al explorar sobre los motivos de la inasistencia de los cuidadores, ellos reportaron estar preocupados por su situación económica y no poder

asistir por sus horarios de trabajo, una alta demanda de atención y tiempo para el cuidado de sus hijos, cuidado del hogar y trabajo que no les permitía tener tiempo para los talleres, por lo que se confirma lo mencionado por Fitzpatrick et al. (2021): se requieren programas breves dirigidos a la sobrecarga de los cuidadores.

Por último, es importante mencionar el desafío de la telesalud durante la pandemia. Moorman (2022) refiere que hay tanto beneficios como limitaciones en la participación de los servicios de telesalud dentro de una empresa de salud mental. Los índices de asistencia aumentan considerablemente, mejora el compromiso con los adolescentes, pero resulta difícil con los niños más pequeños, ya que captar su atención requiere de un gran esfuerzo; además, es importante considerar sus periodos atencionales pues, a diferencia de los niños escolares y adolescentes, con ellos la duración de la psicoterapia infantil es de treinta a cuarenta minutos, aproximadamente.

Otro de los retos y desafíos durante la atención en línea fue el manejo de las fallas de conexión; en un principio, los niños y terapeutas se mostraban ansiosos ante dichas dificultades (Suicidologiamx, 2020) pero posteriormente se establecieron acuerdos en caso de presentarse dichas fallas.

Es importante mencionar que, aunque se han propuesto programas de atención en línea para la prevención y atención post-COVID-19, en México muchos niños, adolescentes y padres que viven en zonas vulnerables no cuentan con los recursos para conectarse a un dispositivo; esto se vio reflejado en la educación a distancia pues, según el reporte EcoVID-ED del INEGI, casi 2.2 millones de alumnos tuvieron alto riesgo de no haber avanzado en los aprendizajes, lo cual equivale a 6.6% de los estudiantes, quienes no contaron con el equipo ni el apoyo necesarios. Por ello, es de suma importancia considerar el contexto de las zonas vulnerables para la prevención y atención de afectaciones emocionales asociadas a la pandemia. Una propuesta son intervenciones presenciales breves gratuitas o el uso de otras aplicaciones, como WhatsApp, y utilizar redes públicas para conectarse. Reconociendo los riesgos en la confidencialidad que esto conlleva, es necesario hacer una evaluación costo-beneficio.

La telesalud ayudó a superar muchas barreras típicas del tratamiento de salud mental, aunque siguen existiendo preocupaciones en cuanto a la confidencialidad, la evaluación del abuso y la negligencia, y la capacidad de leer las señales sociales no verbales. Moorman (2022) menciona que encontrar una forma responsable de incorporar la telesalud a la práctica postpandémica es una prioridad para los profesionales de la salud mental, tanto ahora como en el futuro inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Jacobucci, R. y McClure, K. (2021). Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the US. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 32-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.03>
- American Psychological Association (APA) (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Arpawong, T. E., Mekli, K., Lee, J., Phillips, D. F., Gatz, M. y Prescott, C. A. (2022). A longitudinal study shows stress proliferation effects from early childhood adversity and recent stress on risk for depressive symptoms among older adults. *Aging and Mental Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1904379>
- Asif, M., Ullah, I., Kumari, U., Munir, S., Tahir, M. J. y Asghar, M. S. (2022). Mental health risk among children during COVID-19 lockdown. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 35(1), 93-95.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Kohn, y G. S. Aguilar (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234). Organización Panamericana de la Salud.
- Brooks, H., Syarif, A. K., Pedley, R., Irmansyah, I., Prawira, B., Lovell, K. y Bee, P. (2021). Improving mental health literacy among young people aged 11-15 years in Java, Indonesia: The co-development of a culturally-appropriate,

- user-centred resource (the IMPETUS intervention). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15, 1-18. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-021-00410-5>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brog, N. A., Hegy, J. K., Berger, T. y Znoj, H. (2022). *Effects of an Internet-based self-help intervention for psychological distress due to COVID-19: results of a randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100492>
- Caraveo-Anduaga, J. J. y Martínez-Vélez, N. A. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, (61), 514-523. <https://doi.org/10.21149/9727>
- Campero, S. C. (2020). *Déficit de atención causado por el uso excesivo de dispositivos electrónicos en infantes de 5 a 7 años de La Urb. Las Brisas en Pueblo Libre* [Tesis, Universidad San Ignacio de Loyola].
- Cid, M. F. B., Fernandes, A. D. S. A., Morato, G. G. y Minatel, M. M. (2020). Atención psicosocial y la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la atención a niños y adolescentes que viven en contextos socialmente vulnerables. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 10(2), 178-201. <http://dx.doi.org/10.447/remie.2020.5887>
- Cifuentes-Faura, J. (2020). Consecuencias en los niños del cierre de escuelas por COVID-19: el papel del gobierno, profesores y padres. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 1-12.
- Da Silveira, A. y Siepmann, S. K. L. (2020). Salud mental de niños/adolescentes en tiempos de distanciamiento social por el COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-8.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A. y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y salud*, 31(2), 109-113.
- Fitzpatrick, O., Carson, A. y Weisz, J. R. (2021). Using mixed methods to identify the primary mental health problems and needs of children, adolescents, and their caregivers during the coronavirus (COVID-19) pandemic.

- Child Psychiatry and Human Development*, 52(6), 1082-1093. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-020-01089-z>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *Psychosocial support for children during COVID-19*. <https://www.unicef.org/india/media/3401/file/PSS-COVID19-Manual-ChildLine.pdf>
- Frydenberg, E. (2017). *Coping and the challenge of resilience*. Palgrave Macmillan.
- Hamoda, H. M., Chiumento, A., Alonge, O., Hamdani, S. U., Saeed, K., Wissow, L. y Rahman, A. (2021). Addressing the consequences of the COVID-19 lockdown for children's mental health: investing in school mental health programs. *Psychiatric services*, 72(6), 729-731. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.202000597>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U. y Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Hoagwood, K. E. y Kelleher, K. J. (2020). A Marshall plan for children's mental health after COVID-19. *Psychiatric Services*, 71(12), 1216. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.202000258>
- Imran, N., Zeshan, M. y Pervaiz, Z. (2020). Mental health consideration for children and adolescents in COVID-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(19-S4), S67-S72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf
- Jiao, W., Wang, L., Liu, J., Fang, S., Jiao, F., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the covid-19 epidemic. *European Pediatric Association*, 221, 264-266.e1. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpeds.2020.03.013>

- Maalla M'jid, N. (2020). Hidden scars: the impact of violence and the COVID-19 pandemic on children's mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 1-3. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-020-00340-8>
- Malboeuf-Hurtubise, C., Léger-Goodes, T., Mageau, G. A., Taylor, G., Herba, C. M., Chadi, N. y Lefrançois, D. (2021). Online art therapy in elementary schools during COVID-19: results from a randomized cluster pilot and feasibility study and impact on mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-021-00367-5>
- Molini-Avejonas, D., Pacheco, P. y Leal, C. (2021). Children's mental health and the COVID-19 pandemic. *European Psychiatry*, 64, S657-S658. <http://dx.doi.org.pbidi.unam.mx:8080/10.1192/j.eurpsy.2021.1746>
- Monjarás-Rodríguez, M. T. y Romero-Godínez, E. (2021). Emociones, estrés y afrontamiento en niños preescolares frente a COVID-19. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 18(40), 1-20. <https://doi.org/10.31206/rmdo362021>
- Moorman, L. K. (2022). COVID-19 pandemic-related transition to telehealth in child and adolescent mental health. *Family Relations*, 71(1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.1111/fare.12588>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2021). *La atención y educación de la primera infancia*. <https://es.unesco.org/themes/atencion-educacion-primera-infancia>
- Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S., Letterie, M. y Davis, M. M. (2020). Well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Pediatrics*, 146(4), e2020016824. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016824>
- Rengel-Sempértegui, M. Y. y Calle-Coronel, I. I. (2020). Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19 en niños. *Revista de Investigación Psicológica*, (Especial), 75-85.
- Rothe, J., Buse, J., Uhlmann, A., Bluschke, A. y Roessner, V. (2021). Changes in emotions and worries during the COVID-19 pandemic: an online-survey with children and adults with and without mental health conditions.

- Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00363-9>
- Serna-Martínez, L. (2020). *Efecto psicológico de los videojuegos en niños de entre 6 y 12 años*. [Tesis, Universidad de Alicante].
- Suicidologiamx. (20 de mayo 2020). *Emociones, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ksYdgSoZP18>
- Tirado-Hurtado, B. C. (2020). La salud mental de los niños y adolescentes en tiempos de pandemia. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(4), 161-165.
- UNAMirada a la Psicología. (27 de julio de 2021). *Salud mental en preescolares durante la pandemia* [Archivo de video] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=eNuU7JBIRs&t=36s>
- Vázquez, F. G. (2022). *Psicoterapia integrativa en una niña expuesta a la violencia familiar* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Wang, G., Zhang, J., Lam, S. P., Li, S. X., Jiang, Y., Sun, W., Chan, N. Y., Kong, A. P. S., Zhang, Y., Li, S., Li, A. M., Jiang, F., Shen, X. y Wing, Y. K. (2019). Ten-year secular trends in sleep/wake patterns in Shanghai and Hong Kong school-aged children: a tale of two cities. *The Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(10), 1495-1502. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7984>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X. y Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of covid-19. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zhao, J., Xu, J., He, Y. y Xiang, M. (2022). Children and adolescents' sleep patterns and their associations with mental health during the covid-19 pandemic in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*, 301, 337-344. <https://doi.org/10.1016/j>

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SUICIDIO

El consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la pandemia

6

María Elena Medina Mora⁽¹⁾
Martha Cordero⁽²⁾
Claudia Rafful⁽¹⁾
Alejandra López⁽¹⁾
Arturo Ruiz-Ruisánchez⁽³⁾
Jorge Villatoro⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En este capítulo abordaremos estudios realizados en México con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en distintos grupos. A pesar de que aún no se cuenta con una encuesta nacional representativa de la población, presentamos la información científica obtenida a través de diversas metodologías enfocadas en grupos poblacionales diversos. Con especial atención, se mencionan los aportes que se han hecho desde la UNAM para conocer el impacto de la pandemia en la salud mental de su comunidad y la población general.

Primero, presentamos los principales determinantes sociales durante y posterior a la crisis sanitaria relacionada con COVID-19 que ya han mostrado un impacto en la calidad de vida y la salud de la población. Segundo, analizamos las fuentes de información disponibles en torno a la disponibilidad de sustancias, incluido el alcohol, así como la rápida adaptación de los mercados ilegales para expandir sus redes de comercialización a nivel nacional. Tercero,

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

presentamos los datos poblacionales a partir de encuestas y egresos hospitalarios. Cuarto, profundizamos en algunas de las encuestas telefónicas y en línea realizadas en 2020 y 2021 y presentamos información obtenida a partir de estudios realizados por investigadoras de la UNAM, en colaboración con otras instituciones, que se enfocaron en poblaciones específicas.

Quinto, presentamos intervenciones psicosociales y tratamiento ofertados en línea, así como la demanda de tratamiento y los cambios en la búsqueda de atención durante los dos primeros años de la pandemia y la situación en la que se encuentra el sistema de salud mental y tratamiento de adicciones. Finalmente, analizamos los desafíos derivados de la pandemia, así como las necesidades de investigación. Mediante esta organización de la información, buscamos mostrar la complejidad del estudio del consumo de sustancias, las necesidades de atención y la búsqueda de tratamiento en la población general y en poblaciones específicas.

DETERMINANTES SOCIALES

El 27 de febrero de 2022 se cumplieron dos años de la pandemia por SARS-COV-2 en México. A lo largo de estos dos años, México se ha caracterizado por estar entre los países cuyas tasas de infección y mortalidad se encuentran entre las más altas a nivel regional y mundial (Johns Hopkins University, 2022). La pandemia llegó en un contexto de vulnerabilidad de la población, con 10.8 millones de personas en situación de pobreza extrema, de los cuales el ingreso de 21.9 millones de personas es insuficiente para adquirir la canasta básica alimentaria y 35.7 millones carecen de acceso a servicios de salud (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval], 2021), 23 % no disponen de agua entubada dentro de la vivienda, 56.5 % de la población ocupada dependía de la economía informal y son 2.16 millones de personas más que el año previo a la pandemia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

La participación laboral de las mujeres se mantuvo sin cambios en los últimos 20 años. La matrícula laboral de las personas que no ingresaron a estudios universitarios alcanzó 36.1 % en 2000 y 43.9 % en 2020 entre las mujeres, y

de 92.3 % a 78.1 % entre los hombres en este mismo periodo. Para aquellos que se matricularon en la universidad, las tasas fueron ligeramente superiores a 69.6 % para mujeres y a 82.7 % para hombres. A esta disparidad se ha atribuido el trabajo no remunerado; las mujeres dedican 50.4 horas al trabajo no remunerado (cuidado del hogar, hijos y personas con enfermedades o condiciones que producen discapacidad) y 35 horas al trabajo remunerado mientras que en los hombres la proporción es de 19.6 y 52.5 horas respectivamente (INEGI, 2020). Muchas mujeres no han alcanzado la independencia económica, en 2020, 50.9 % de ellas permanecía fuera del mercado laboral (INEGI, 2021).

El confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19 afectó principalmente a las industrias con mayor incorporación de mujeres. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), 56.9 % de las mujeres en América Latina trabaja en sectores con un mayor efecto negativo esperado en el empleo y los ingresos. Si se considera la sobrerrepresentación de mujeres en los hogares pobres, alrededor de 118 millones de mujeres latinoamericanas vivirán en la pobreza.

La Cepal ha concluido que la crisis de COVID-19 profundiza la desigualdad y reduce la autonomía de las mujeres en cuatro dimensiones: 1) Inequidad socioeconómica y pobreza: aumento de la pobreza y sobrerrepresentación de las mujeres en los hogares pobres, menor acceso a servicios financieros y capacidad para atender la crisis; sobrerrepresentación en el grupo de personas sin empleo o con más frecuencia concentradas en pequeñas empresas y en el trabajo informal, brecha digital y acceso limitado a servicios básicos. 2) División del trabajo por sexo: las mujeres tienen trabajos con menos seguridad de empleo continuo y más riesgo de pérdida de empleo debido a la automatización de procesos, sobrerrepresentados en la respuesta a la pandemia; en México, 70 % del personal hospitalario relacionado con COVID-19 son mujeres, y aumento de horas destinadas al cuidado del hogar (además, el cierre por casi dos años de las escuelas repercutió directamente en la carga de las mujeres que fungieron como docentes de apoyo a las clases en línea de la educación básica de preescolar hasta tercero de secundaria). 3) Concentración de poder, menor participación de las mujeres en la toma de decisiones, incluidas las respuestas a los desafíos de la pandemia. 4) Patrones culturales

patriarcales, mayor exposición de las mujeres a la violencia intrafamiliar; en México 27 % de las mujeres ha sufrido acoso y violencia sexual (Cepal, 2021).

De acuerdo con el INEGI (2021), 5.2 millones de personas no se inscribieron al ciclo escolar 2020-2021 y 740 000 no concluyeron el ciclo escolar, de manera que 58.9 % de ellas fueron afectadas por alguna razón asociada con COVID-19 y 8.9 % por falta de dinero y recursos.

Ante el cierre total de las escuelas, 55.7 % de la población con educación superior utilizó la computadora para atender sus clases a distancia, en tanto que 70 % de las y los estudiantes de primaria usaron un celular inteligente. Sobre las principales desventajas, 58.3 % opinó que no se aprende o se aprende menos que de manera presencial; 27.1 %, que había falta de seguimiento al aprendizaje, y 23.9 % dijo que había falta de capacidad técnica o habilidad pedagógica de padres o tutores para transmitir los conocimientos (INEGI, 2021). Esta situación impactó también la posibilidad de interacción social en etapas de la vida que se considera crítica, e incrementó la importante brecha de atención y el cierre de las instancias que proporcionaban ayuda.

Experiencias como la pérdida de seres queridos, el aumento de la pobreza, el desempleo, la violencia, el cierre de las escuelas y la sobrecarga sobre las mujeres que hemos revisado, inciden en el malestar de la población y constituyen factores de riesgo para enfermar. Uno de los mecanismos de afrontamiento ante esto ha sido el uso excesivo de sustancias. En la siguiente sección se discutirán los cambios en los mercados de alcohol y otras drogas, los patrones de uso, los problemas asociados y las acciones de prevención y tratamiento. Se concluye con una serie de recomendaciones para las políticas públicas y para la investigación.

DISPONIBILIDAD DE DROGAS Y ALCOHOL

Al comienzo de la pandemia causada por COVID-19, se planteó la posible disminución del consumo de drogas debido al cierre y apertura restringida de bares, restaurantes, parques y otros lugares recreativos donde los jóvenes generalmente tienen acceso a sustancias ilegales. Asimismo, se esperaba que

los cierres de fronteras en muchos países de la región pudieran impactar en el tráfico de sustancias y precursores no producidos en México. Sin embargo, varias fuentes informan que no hubo disminución en la disponibilidad de drogas. Desde que cerraron las garitas entre Estados Unidos y México, las cantidades de drogas destinadas a los mercados extranjeros se han mantenido en nuestro país. Existe una amplia disponibilidad de heroína y fentanilo para los mercados locales, junto con cannabis y metanfetaminas (Pérez y Pérez, 2021). Grandes cantidades de cocaína de la región andina ingresaron al país, a juzgar por la cantidad de decomisos de droga realizados (Mulvey, 2020; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021).

Entrevistas con organizaciones de la sociedad civil que ayudan a personas que se inyectan drogas en la frontera con los Estados Unidos informaron que las drogas estaban disponibles, principalmente heroína, metanfetaminas y, en menor proporción, cocaína, y que a menudo se combinan con fentanilo (Fleiz et al., 2020), un opioide sintético con una potencia mucho mayor a la de la heroína, por lo que ocasiona sobredosis en dosis mínimas. Las personas con trastornos por uso de sustancias (TUS) reportaron problemas para obtener dinero para comprar drogas, y el manejo de la abstinencia y las sobredosis ha sido más complicado en tanto que ya no se dispone de la naloxona, medicamento empleado para prevenir la muerte por sobredosis de opioides, pues es un fármaco controlado que requiere receta sin ser una sustancia psicoactiva, y era distribuido por las organizaciones de la sociedad civil con financiamiento internacional (Fleiz et al., 2020).

Asimismo, una encuesta en línea de una muestra no aleatoria de 17 267 personas de 24 a 70 años realizada por el Comisión Nacional Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud de México (Conadic, 2021c) reportó que 40.1% de las personas encuestadas consumieron drogas en el último año, incluyendo tabaco y alcohol. Un total de 9.6% de las personas encuestadas reportó haber podido obtener sustancias ilegales, mientras que 5.4% dijo haber tenido dificultad para obtenerlas. En cuanto a la potencia de las sustancias, 2.2% reportó que las drogas que consumían tenían un efecto más fuerte, 3.5% reportó menor potencia y 13.1%, que las drogas que consumían tenían el efecto habitual (Conadic, 2021c).

En estudios con poblaciones especiales se han encontrado resultados similares. Por ejemplo, 60 % de los usuarios habituales de cannabis, identificados a través de una estrategia de bola de nieve no aleatoria, entrevistados entre el 17 de abril y el 17 de mayo de 2020, informaron que habían cambiado sus estrategias para obtener cannabis. Los distribuidores de drogas fueron la fuente principal (75 %), y con menos frecuencia el compartir con amigos (20 %) y cultivar en casa (5 %) (Beverido Sustaeta et al., 2020).

En lo que respecta a la disponibilidad de bebidas con alcohol, este equipo de investigación ha analizado las medidas de restricción de venta de alcohol implementadas en el confinamiento en la primera etapa de la pandemia y sus repercusiones en el consumo en México (Medina-Mora et al., 2021). Estas restricciones incluyeron la no autorización de producción a las fábricas de cerveza, el aumento del precio de la cerveza, el tequila y el ron y brandy, la ley seca total o parcial en 21 estados, restricciones en la venta completa o parcial en 11 estados más, restricciones en los días y horarios en los que se podía comprar alcohol y limitaciones sobre el número de lugares permitidos para vender alcohol.

Un estudio inicial sobre el efecto de las medidas regulatorias sobre el consumo al inicio de la pandemia de COVID-19 señaló una disminución en las hospitalizaciones atribuibles al consumo de alcohol durante el confinamiento, en municipios y entidades con políticas regulatorias para la venta de bebidas alcohólicas, de 593 en abril a 307 en mayo (Medina-Mora et al., 2021). Durante este periodo se reportó también un evento de venta de alcohol no registrado y con contaminantes que ocasionaron pérdidas de vida (Conadic, 2020).

Recientemente este equipo de investigación analizó las cifras definitivas de los ingresos hospitalarios durante el tiempo que duró la ley seca durante el confinamiento, del 23 de marzo al 30 de mayo de 2020. En los municipios en los cuales se permitió la venta de bebidas embriagantes se registraron dos veces más hospitalizaciones por trastornos por uso de alcohol (TUA) que en los municipios en los cuales se prohibió la venta de alcohol (702 contra 344). Al compararse los ingresos por TUA, después de levantarse la ley seca, se observó un incremento de tres veces más en todos los municipios; sin embargo, el mayor peso de las hospitalizaciones se observó en los municipios sin políticas restrictivas (2 282 contra 1 238). La proporción de mujeres

hospitalizadas por trastornos por uso de alcohol en estos municipios (76 %) fue más alta que la de los hombres (66 %) (Cordero-Oropeza et al., 2022).

Estas medidas fueron disminuyendo al tiempo que hubo un incremento de ventas de bebidas con alcohol en línea, sin restricciones de hora y número de entregas y sin normas para la protección de menores de edad, lo cual constituyó un importante cambio de mercados.

ESTUDIOS POBLACIONALES DURANTE LA PANDEMIA

Si bien aún no se dispone de una encuesta nacional representativa, existen varias fuentes que brindan información sobre las tendencias del consumo de drogas, incluidas: 1) una encuesta de consumo de alcohol en muestras aleatorias en población que cuenta con teléfono; 2) las encuestas en línea realizadas en muestras no probabilísticas en la primera y segunda etapa de la pandemia; 3) los datos de un programa de la Secretaría de Salud apoyado por la Facultad de Psicología y la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO) de la Universidad Nacional Autónoma de México para el tamizaje de trastornos mentales. Este programa incluyó información de TUS, intervenciones psicosociales y derivación a servicios de tratamiento en línea para la población general y la población estudiantil; 4) los estudios con poblaciones especiales, como los trabajadores de la salud (Robles et al., 2020) y usuarios de cannabis (Beverido Sustaeta et al., 2020); 5) los registros sobre demanda de tratamiento (Conadic, 2021c), y 6) las estadísticas sobre egresos hospitalarios en unidades de la Secretaría de Salud (Cordero-Oropeza et al., 2022).

Encuestas telefónicas

En 2020, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (Shamah Levy et al., 2020) llevó a cabo una encuesta longitudinal en línea para indagar acerca de la salud física y alimentaria de la población ante la pandemia por COVID-19. Se realizó una medición basal en mayo y un seguimiento a finales de junio

y durante las primeras dos semanas de julio de 2020 a 918 participantes mayores de 20 años. Esta encuesta reportó que tres de cada 10 personas encuestadas dijeron consumir bebidas alcohólicas al momento de la entrevista. Entre los jóvenes de 20 a 39 años se observó una reducción estadísticamente significativa en el consumo entre la medición basal y el seguimiento al pasar de 51 % a 39.7 %, respectivamente; esta reducción fue más amplia en los hombres jóvenes (de 68.5 % a 54.2 %) que en las mujeres (de 42.0 % a 32.2 %). Quienes consumieron alcohol, en promedio bebieron 2.2 copas por semana; los hombres reportaron beber tres copas a la semana, mientras que las mujeres dijeron consumir una copa por semana, cantidad que se mantuvo estable entre ambas aplicaciones. Respecto a la percepción del consumo de alcohol, 38 % de los consumidores consideró que su consumo fue menor y 12 %, que había incrementado.

Encuestas en línea

Un estudio hemisférico, no probabilístico, mostró la misma tendencia que el estudio del INSP arriba referido, con una disminución en el consumo de alcohol en 33 países de la región de las Américas, de 81.1 % en 2019 a 67.8 % en 2020 en los hombres, y de 75.3 % a 60.1 % en las mujeres para cualquier consumo, y 62.7 % a 42.8 % para el consumo excesivo en hombres, y 43.5 % a 26.6 % en mujeres (Monteiro, 2020). Un análisis posterior acerca del consumo excesivo episódico encontró que aquellos que estaban más ansiosos y que tuvieron condiciones más restrictivas de confinamiento tuvieron más consumo excesivo, mientras que en aquellos hogares en donde vivían niños, se consumió menos alcohol (Valente et al., 2021).

En una encuesta en línea realizada por académicas y estudiantes de psicología de la FES Iztacala analizaron las emociones experimentadas por estudiantes de diferentes carreras (López y Cortijo, 2021). En este estudio, encontraron que el estrés prevaleció antes y durante la pandemia, que las emociones positivas como tranquilidad, felicidad, gratitud y atención fueron más frecuentes antes, en tanto que durante la pandemia prevalecieron emociones negativas como ansiedad, incertidumbre, preocupación, irritación,

desesperación y tristeza. Para la mayoría (70 %), independientemente de la edad, las causas de angustia estuvieron asociadas con la situación financiera personal y familiar y tanto hombres como mujeres entre 18 y 26 años también incluyeron preocupaciones de índole académica (situación académica, concluir con servicios sociales y pérdida de prácticas profesionales en clínicas y hospitales). Si bien más de 80 % reportó como actividades para mejorar el estado de ánimo el escuchar música, ver televisión o leer, más de la mitad reportaron ver redes sociales o hablar con familiares y amigos, y cerca de la mitad, hacer ejercicio; beber, fumar tabaco o mariguana fueron también reportadas entre 5 % y 10 % de mujeres y 10 % y 27 % de hombres.

Una encuesta en línea realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) (Martínez-Vélez et al., 2021), levantada en la primera fase de la pandemia del 1 de mayo al 30 de junio de 2020, participaron 4 127 personas de 21 a 40 años de todos los estados del país. Del total, 72 % eran mujeres, 32 % contaba con estudios superiores (universitarios y de posgrado) y 77 % tenía empleo. En general, se reportó que el consumo de drogas había disminuido durante esta etapa de la pandemia. El consumo de tranquilizantes descendió de 9.26 % a 8.60 %, y el de otras drogas de 7.92 % a 5.06 %. También se observó un aumento en el uso diario de cannabis de 4.3 % a 6.5 % entre los hombres. En el caso de las mujeres, se reportó un aumento en el consumo mensual de tranquilizantes de 3.6 % a 5 % y semanal de 2.7 % a 3.8 %. En este estudio también se encontró que las mujeres, con un mayor consumo de alcohol, mostraron significativamente más estrés, emociones negativas, sintomatología depresiva y amenaza percibida de coronavirus que aquellas que no cambiaron sus hábitos, consumieran o no alcohol. Del mismo modo, las personas que aumentaron el uso de tranquilizantes presentaron más emociones negativas y sintomatología depresiva que el resto de la población (Martínez-Vélez et al., 2021).

Una segunda encuesta en línea —del 21 de septiembre al 30 de octubre de 2020, en una muestra no probabilística en todo el país— recopiló información de 17 267 personas acerca del estado emocional y la forma de consumo. La mayor parte de las personas encuestadas fueron mujeres (61.8 %), vivían en áreas urbanas (87.4 %), se encontraban laborando (78.1 %) y contaban con

estudios superiores o posgrado (55.2 %); en promedio tenían 40.9 años y 20 % había buscado atención en salud mental. Las sustancias de mayor consumo durante el último año fueron alcohol y tabaco seguidos por cannabis. Entre los consumidores de sustancias, 3.1 % reportó un mayor uso durante el confinamiento, 1.9 % consumió por primera vez, 33.1 % mantuvo su patrón de consumo y 59.9 % suspendió su uso (Conadic, 2021b).

Poblaciones especiales

Un estudio especial realizado durante la segunda ola de la pandemia por el INPRFM, con apoyo de la UNAM y la Secretaría de Salud entre los trabajadores de la salud (n=5 938), encontró que 7.7 % reportó consumo de drogas, (sin incluir alcohol), que fue de 8.1 % entre quienes trabajaban en hospitales reconvertidos a atención COVID-19 y a 8.9 % entre los y las encargadas de pacientes con COVID-19. El uso de sustancias distintas al alcohol fue más común entre los hombres que entre las mujeres (9.2 % y 7.2 % respectivamente). Las diferencias en las tasas de consumo nocivo de alcohol fueron más amplias, con 19.2 % entre los hombres y 9.9 % entre las mujeres (Robles et al., 2020).

Recientemente, investigadores del INPRFM, colaboraron en un estudio multicéntrico (Manthey et al., 2022) con una muestra de 6 614 personas que solicitaron ayuda en centros de salud en Ciudad de México antes y durante la pandemia. En este estudio, se encontró que el consumo de alcohol disminuyó durante la pandemia, pero el consumo fuerte (calificación de ocho o más en la prueba AUDIT-C) se mantuvo estable.

DETECCIÓN, INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y DERIVACIÓN AL TRATAMIENTO (INVITACIÓN EN LÍNEA)

La Secretaría de Salud, con el apoyo de la Facultad de Psicología, la DGACO de la UNAM, el INPRFM y más de 70 organizaciones públicas y privadas pusieron en operación un programa de atención en línea para identificar personas en

riesgo y ofrecer tratamiento a lo largo del país (Secretaría de Salud, 2020b). Se utilizó un cuestionario de detección de riesgos a la salud física y mental desarrollado por la Facultad de Psicología de la UNAM en conjunto con la DGACO conocido como Mi Salud También es Mental (Morales-Chainé, López-Montoya, Bosch-Maldonado et al., 2020; Morales-Chainé, López-Montoya, Rivera et al., 2020), utilizado en la Facultad para identificar y ofrecer tratamiento a la comunidad UNAM. Ante la pandemia se trabajó articuladamente con el INPRFM y la Secretaría de Salud para la adición y actualización de reactivos y retroalimentación. Este instrumento se vinculó a la red telefónica de centros de tratamiento que ofrecieron sus servicios vía remota. En el sitio web oficial de la Secretaría de Salud y en Facebook, Twitter y otras redes sociales de la UNAM se incluyó el enlace del cuestionario para invitar a la población en general y a la comunidad universitaria a responderlo para la Detección de Riesgos a la Salud Mental COVID-19. (Morales-Chainé, López-Montoya, Bosch-Maldonado et al., 2020; Morales-Chainé, López-Montoya, Rivera, et al., 2020). Los datos recolectados desde el 23 de marzo (inicio del confinamiento) hasta febrero de 2021 (n=129 845) que se analizaron en la UNAM indican que la violencia fue el principal motivo de preocupación entre quienes respondieron el instrumento de tamizaje (24.8%), seguido del consumo de sustancias, incluidos el tabaco y el alcohol (11.8%) y los síntomas depresivos (10.3%). En total, 5.3% (5.9% de los hombres y 4.9% de las mujeres) informó haber consumido sustancias ilícitas en el último mes, porcentaje que aumentó a 7% entre los estudiantes universitarios.

DEMANDA DE TRATAMIENTO

La red de atención de la Secretaría de Salud, conformada por las Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones (Uneme-CAPA) los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y los centros no gubernamentales, mostró al inicio del confinamiento¹ una disminución de atención en los centros comunitarios para adicciones y trastornos mentales.

¹ Abril de 2020, un mes después de identificado el primer caso de COVID-19 en México.

La demanda en los Uneme-CAPA bajó de 45 598 en 2019 a 26 180 personas en 2020, en CIJ bajó de 27 891 a 17 886 y en centros no gubernamentales de 89 041 a 57 076 personas (Conadic, 2021). De acuerdo con el doctor Zabicky (citado en Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” [INPRFM], 2020), la disminución fue principalmente de uso de cannabis y cocaína, aunque los consumidores de metanfetamina aumentaron su demanda de tratamiento. Piensa que esta reducción de la demanda puede explicarse en gran parte por el hecho de que los centros de tratamiento estaban abiertos solo para emergencias y con personal limitado.

Los CIJ que proveen servicio de tratamiento público-privado reportaron estadísticas sobre 2 403 pacientes atendidos entre mayo y agosto de 2020. El principal motivo de búsqueda de tratamiento fue la ansiedad y el estrés (68 %); en menor proporción se reportó búsqueda de atención por uso de sustancias (3.2 %; 4.8 % entre los hombres y 1.6 % entre las mujeres). Asimismo, hubo mayor búsqueda de atención entre los adultos jóvenes (6.3 %) que en los adultos en general (2.5 %) y la población de mayor edad (3.4 %). Los reportes de problemas con el consumo de sustancias fueron más frecuentes en mayo (5.1 %), lo cuales cayeron a 1.6 % en julio, y volvieron a subir en agosto (3.1 %) (Díaz-Negrete et al., 2020).

Las estadísticas de demanda de tratamiento durante la pandemia (2020 a 2021) muestran una disminución de la demanda de servicios de 11 066 personas en el segundo semestre de 2019 a 5 936 en el mismo periodo en 2020 y aumentó a 7 135 en 2021 sin llegar a la demanda que había en 2019 (CIJ, 2021). Estas tendencias varían por tipo de droga, por ejemplo, las principales drogas de impacto en el segundo semestre de 2021 (2021-2) fueron la marihuana 22.6 %, en un porcentaje menor al reportado en 2019-2 de 35.5 %, y las metanfetaminas, que aumentaron de 25.4 % en 2019-2 a 35.6 % en 2021-2. La heroína fue la principal droga de impacto en 2021-2 para 0.6 % de las personas que demandaron tratamiento, al considerar todos los centros de tratamiento del país, y 2.7 % cuando solo se consideró Baja California (Sistema de Información Epidemiológica, 2022).

INGRESOS HOSPITALARIOS

El análisis de la dinámica hospitalaria durante la pandemia por COVID-19, indica que la atención hospitalaria se redujo 26 % al registrarse 2.629 millones de egresos en 2019 y 1.937 millones en 2020. Sin embargo, al analizar las hospitalizaciones debido a trastornos por uso de drogas (TUS) durante el confinamiento (23 marzo y 30 de mayo) y posterior a este (31 de mayo al 31 de diciembre de 2020) se observa un incremento de casi cuatro veces, al pasar de 782 a 2 942 ingresos hospitalarios por TUS. Mientras que los ingresos por trastornos por uso de alcohol (TUA) para estos periodos pasaron de 1 046 a 3 520 (Cordero-Oropeza et al., 2022).

TRATAMIENTO

La reconversión hospitalaria fue una de las medidas más importantes para la atención de la emergencia sanitaria en México, a través de esta, las unidades médicas destinaron la totalidad de camas disponibles en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para la atención a las personas contagiadas con SARS-COV-2 y, según la demanda de atención, se utilizaron las camas disponibles en otros servicios como terapia intermedia, recuperación quirúrgica, corta estancia, entre otras, para cubrir las necesidades de atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19. Esta medida excluyó a los hospitales que brindan atención en una especialidad y no cuentan con infraestructura para la emergencia (Secretaría de Salud, 2020a).

Aproximadamente la mitad de todo el tratamiento de los trastornos de salud mental se brinda en los servicios ambulatorios de los hospitales psiquiátricos (Cordero et al., 2021). Estos se cerraron durante la primera parte de la pandemia por carecer de infraestructura y atender una sola especialidad, únicamente atendían situaciones de crisis y pacientes hospitalizados (Secretaría de Salud, 2020a). El confinamiento impidió las reuniones grupales, por lo que se suspendieron las reuniones de grupos de ayuda mutua (organizaciones de 12 pasos dirigidas principalmente por Alcohólicos Anónimos y Narcóticos

Anónimos), una de las principales fuentes de ayuda para los TUS en México. Los principales hospitales de tercer nivel, no especializados en salud mental, se reconvirtieron en hospitales COVID-19 y, por lo tanto, dejaron de atender pacientes con otros problemas de salud, incluida la salud mental.

El miedo a contraer el virus impidió que las personas necesitadas asistieran a los servicios abiertos. Los niveles de atención primaria y secundaria estaban abiertos, aunque en estos servicios se atienden pocos casos de TUS. Entre 2019 y 2020 la proporción de consultas otorgadas debidas a TUS se redujo 45 % al pasar de 168 397 a 92 599. Los problemas de disponibilidad de medicamentos para los trastornos mentales y la clasificación de la naloxona, afectaron a las personas que usan opioides, muchas de las cuales padecen también trastornos psiquiátricos (Fleiz et al., 2019). El 75 % de las personas con trastornos por uso de sustancias tienen también una comorbilidad (Marín et al., 2013).

No encontramos estudios sobre: pueblos indígenas, familias de personas con adicciones ni de aquellas personas en tratamiento en áreas donde el crimen organizado es activo.

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN

Desde finales de la década de 1960, cuando se abrió el primer centro especializado, los TUS se han tratado principalmente en centros comunitarios especializados en lugar de unidades del sector salud a través de los CIJ (n=121) y de los Uneme-CAPA de la Conadic (2021a) (n=338). Los casos graves son atendidos en una proporción elevada por organizaciones de la sociedad civil, que deben cumplir la norma oficial y son monitoreados por la Conadic (Secretaría de Salud, 2009).

Antes de la pandemia, una reforma de la Secretaría de Salud, en un esfuerzo por incorporar la atención de los TUS a la salud mental diseñó una estrategia para integrar las las Uneme con las CAPA. Los CIJ ya habían incorporado servicios médicos e incluido el tratamiento de trastornos mentales en los centros comunitarios, y con ello ampliaron la capacidad de atención del abuso de sustancias y tratamiento de salud mental.

Como se mencionó, durante la pandemia, la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2020b) implementó un mecanismo efectivo con el apoyo de la UNAM² para brindar servicios a distancia (telefónicos, Meet y Zoom) para hacer frente a la crisis. Se conformó una red de trabajadores voluntarios, organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas, al tiempo que se incrementó la capacidad instalada para enfrentar los desafíos de la pandemia con terapeutas, y supervisores y supervisoras de la Facultad de Psicología, y de los Centros y Programas. Los especialistas en salud mental han hecho con éxito la transición de la atención presencial a la atención a distancia. Al respecto, el impacto del cierre de instituciones ha sido menor que para otras profesiones, sin olvidar que las personas con menos recursos tecnológicos no se han beneficiado de esta transición. Este servicio abrió en marzo de 2020; para diciembre del mismo año, 104 875 personas habían respondido el instrumento de tamizaje y 4 212 habían solicitado asistencia especializada en línea y firmado un consentimiento informado y la política de privacidad de datos personales, cuando aceptaron al apretar el botón con esta autorización. Con base en sus respuestas, las personas fueron derivadas a los servicios de atención de las instituciones pertenecientes a la red de hospitales psiquiátricos o generales y a más de 70 instituciones públicas y privadas en todo el país, así como de los centros y programas de formación y servicios psicológicos de la UNAM. Las personas con bajo riesgo recibieron infografías, videos de autocuidado realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, así como ligas de los cursos de psicoeducación en salud mental y otra información (90 %). Las personas que buscaron ayuda y firmaron su consentimiento informado para ser contactados fueron derivados a intervenciones breves en línea o de largo alcance (2.2 %), instalaciones clínicas (5.5 %) u hospitales de tercer nivel (1.8 %) (Morales-Chainé, López-Montoya, Bosch-Maldonado et al., 2020). El gran reto es mantener los servicios tras la crisis.

² Ver artículo de Morales-Chainé et al. (2020) en este capítulo.

DESAFÍOS DERIVADOS DE COVID-19

México enfrenta muchos desafíos para reducir la brecha de tratamiento y aumentar la calidad de la atención. El estigma juega un papel importante, ya que las personas con TUS a menudo son consideradas responsables de su consumo de drogas y caracterizadas como débiles, alienadas y sin autocontrol (Bustos-Gamiño et al., 2022). Si bien están incluidos en la definición de personas con discapacidad psicosocial, no están incluidos en los beneficios de vivienda social. Las personas de primer contacto con personas que consumen drogas inyectadas no derivan los casos a tratamientos asistidos con medicamento (como la metadona), ya que no lo consideran un tratamiento (Arredondo et al., 2017), a pesar de la evidencia de los resultados negativos de su derivación para el tratamiento de personas con TUS a unidades con internamiento no voluntario (Rafful et al., 2020).

La brecha de tratamiento es considerable, según la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) (Villatoro et al., 2017), entre la población rural y urbana de 12 a 65 años solo 20.4 % de las personas con posible dependencia en el último año habían estado en tratamiento (22.1 % de los hombres y 12.8 % de las mujeres), 23.8 % de los que recibían tratamiento lo habían recibido de un profesional y los programas de autoayuda eran recursos comunes (20.9 % de los hombres y 12 % de las mujeres de 12 a 65 años en tratamiento).

Los servicios de tratamiento se han brindado tradicionalmente fuera del sistema de salud en servicios comunitarios especializados; hoy en día una red importante está disponible. También, como se mencionó, se dio un paso importante cuando las adicciones y la salud mental se integraron en centros de tratamiento que previamente se habían especializado en un campo u otro, pero otros problemas de salud (VIH, hepatitis C, tuberculosis y condiciones crónicas relacionadas con el abuso de sustancias) no se tratan en los centros comunitarios. Solo existen dos servicios públicos de mantenimiento con metadona, y la atención de las adicciones severas está a cargo de organizaciones de la sociedad civil, algunas de las cuales, pero no todas, han sido certificadas por la Conadic. Las personas en la prisión tienen poco o ningún

acceso al tratamiento. Estas barreras a la atención de calidad se han exacerbado durante la pandemia.

El sistema de tratamiento ha dejado atrás a los consumidores frecuentes de drogas, mientras que las organizaciones de la sociedad civil se ocupan de la mayoría de las personas que viven habitualmente en la pobreza. La Conadic certifica estos centros cuando las normas legales para la prestación del tratamiento residencial están vigentes (182 estaban certificados en 2020) (Conadic, 2021a), aunque la falta de recursos y los continuos cambios en la dirección y organización de estos centros informales dificultan la certificación. Las personas con TUS graves afiliadas a estos grupos se han visto afectadas de forma diferente, al igual que las personas con trastornos mentales previos.

Un estudio realizado antes de la pandemia, reportó problemas sociales y de salud y acceso al tratamiento, a través de 600 entrevistas a personas que se inyectan heroína en centros de tratamiento, mayoritariamente de la sociedad civil, ubicados en la frontera norte de México (San Luis Río Colorado, Sonora, Tijuana, Baja California y Ciudad Juárez, Chihuahua) (Fleiz et al., 2019), brinda una visión general de estas necesidades especiales. Un total de 43.7 % había vivido en casas abandonadas o galerías de tiro el año anterior, 34.6 % reportó vivir en la calle, en baldíos o debajo de puentes, 9.1 % en cementerios y 6.1 % en estaciones de camiones. Casi todos (96.8 % del total de la muestra) consumían heroína a diario, y la media de años que llevaban consumiendo heroína fue de 18.6 años. Un total de 56.2 % solo usaba heroína, y 32.9 %, heroína con metanfetamina; 71.9 % usaba alquitrán negro; 20.6 %, polvo marrón, y 7.7 %, polvo blanco. El uso de opioides sin receta incluyó tramadol (82.7 %), Darvón (35 %), metadona (24.9 %), oxicodona (10.3 %), hidrocodona (8.4 %) y buprenorfina (2.2 %). Un total de 2.7 % de los casos resultaron positivos para el VIH, 76.9 % fueron serológicamente reactivos para hepatitis C y 75.1 % informó prácticas de riesgo, como compartir jeringas o parafernalia. Si bien 66.8 % reportó haber sufrido sobredosis, con un promedio de cuatro por persona, el tratamiento para revertirlo lo brindan principalmente en la comunidad los pares inyectando agua con sal o causando dolor con golpes y bofetadas, y solo 1.6 % tuvo acceso a naloxona. El tratamiento más común fue la autoayuda, y casi todos los encuestados informaron

haber estado afiliados a estos grupos. Para 50.3 % de la población fue la única ayuda recibida, y solo un tercio había recibido tratamiento con metadona (Fleiz et al., 2019).

Con la inclusión del fentanilo en la heroína y otras drogas, las formas tradicionales de manejar las sobredosis no están funcionando, por lo que se espera un aumento en la mortalidad por sobredosis (Carranza-Aguilar et al., 2022) Además, como ya se había mencionado, durante la pandemia la mayoría de las clínicas cerraron y se prohibieron las reuniones, lo que limitó el acceso a los grupos de autoayuda.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las disparidades, mientras que los determinantes sociales, principalmente la pobreza, el desempleo y la falta de recursos para apoyar a las familias han aumentado. Las personas en situación de pobreza que viven en estados con menos disponibilidad de servicios tienen un mayor riesgo de enfermarse por COVID-19 (Medina-Mora et al., 2022).

Las personas que se inyectan drogas, las personas con adicciones que viven en la calle y todas las personas en situación de pobreza tienen dificultades para obtener dinero para alimentos y otras necesidades básicas o para obtener drogas. Las instalaciones de tratamiento estaban cerradas y los grupos de autoayuda no podían reunirse (Fleiz et al., 2020).

La pandemia ha hecho más visible la necesidad de incorporar el tratamiento de los TUS en los programas comunitarios (intervenciones psicoeducativas) y en los servicios de salud, fundamentalmente de atención primaria. Se necesita una reingeniería de la atención primaria para pasar del tratamiento de condiciones agudas al tratamiento de enfermedades crónicas, así como construir puentes entre los servicios especializados de la comunidad, la atención primaria y los hospitales generales para la atención de otros trastornos crónicos, no crónicos y comorbilidad psiquiátrica de las personas que han desarrollado el TUS. Las personas con trastornos graves y comorbilidades requieren ser atendidos en programas que incluyan a las adicciones y otras enfermedades y a la protección de derechos humanos con acceso a medicamentos, tratamiento en caso de descompensación, condiciones de vivienda, laborales y de educación, y entrenamiento para su sobrevivencia. El

cuidado de los enfermos más graves está en manos de sus familias, especialmente mujeres, quienes requieren apoyo para mantenerlos funcionales y en la comunidad.

Ante ello, es necesario abordar los determinantes sociales, entre los que destacan la pobreza, la insuficiencia alimentaria, la violencia, el patriarcado y la discriminación contra niñas y mujeres, promover la autonomía económica, cambiar la concepción del cuidado como un deber femenino y mirar hacia la igualdad sustancial y la justicia social.

Además, se necesita construir un contexto que ofrezca tratamiento gratuito (o de pago simbólico) con perspectiva de género, alfabetizar a las niñas y mujeres sobre sus condiciones biológicas y contextuales especiales y sobre los trastornos por uso de sustancias, concientizar sobre la necesidad de tratamiento, facilitar el acceso y adherencia, combatir el estigma, el estigma interiorizado y el dolor social. Integrar el cuidado de los niños y niñas mientras sus madres están en tratamiento.

Asimismo, se requiere incluir la prevención y el tratamiento de los TUS en programas para: 1) víctimas y sobrevivientes de violencia, especialmente violencia doméstica, 2) mujeres jóvenes y especialmente aquellas en riesgo de embarazo, embarazadas o con niños pequeños, 3) intervenciones orientadas al género para niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza, trabajando o en situación de calle, 4) poblaciones migrantes, 5) personas que viven en zonas de conflicto por narcotráfico, 6) mujeres y hombres en prisión, 7) mujeres en comercio sexual o víctimas de trata y 8) minorías étnicas.

NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN

- Epidemiología: incluir la investigación sobre drogas en las encuestas nacionales. Estudiar el uso de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), desarrollar cuestionarios *ad hoc* e incluir tecnología adecuada para evaluar las mezclas de drogas y su potencia. Asimismo, analizar el impacto sanitario y social con perspectiva de género y otros determinantes sociales. Recurrir a modelos cualitativos y nuevas tecnologías

que permitan conocer el problema en todas sus dimensiones y en todas las poblaciones.

- Disparidades: identificar, desarrollar e implementar intervenciones para los determinantes sociales de los TUS.
- Prevención: extender los programas para llegar a edades más jóvenes, a medida que la edad de inicio de consumo va disminuyendo, y extenderlos a la segunda década de vida cuando se observen nuevos casos de TUS.
- Modelos de tratamiento de los TUS incluidos los programas de desinstitutionalización de enfermos graves.
- Financiar la investigación sobre las consecuencias para la salud de las sustancias y mezclas de sustancias más potentes, con objeto de desarrollar alternativas de tratamiento.
- Estudiar innovaciones en el sistema de salud para brindar una atención integral centrada en la persona, y considerar la evaluación de la calidad (como los estándares internacionales OMS/UNODC).
- Programas especiales para personas que se inyectan drogas, particularmente cristal, heroína, fentanilo, mezclas y adulterantes, prevención del VIH, hepatitis C, tuberculosis y otros trastornos. El uso de NSP y mezclas de fármacos ha modificado la eficiencia del tratamiento, por lo que se deben poner en marcha nuevas iniciativas para hacer frente a este problema emergente.
- Normar, para hacer obligatoria, la perspectiva de género en todas las iniciativas de investigación.
- Incorporar a los grupos marginados como las comunidades indígenas, las poblaciones en situación de calle, los migrantes que cruzan México y los desplazados forzosamente de Estados Unidos y la comunidad LGBT, entre otros.
- La evidencia muestra que la adversidad en la niñez y la adolescencia reduce el tiempo entre el inicio del consumo de drogas y el desarrollo de los TUS, y se destaca la necesidad de iniciar la prevención a una edad más temprana (Benjet et al., 2013; Del Valle Tena et al., 2019). La evidencia también muestra que la dependencia se inicia en edades

más avanzadas, por lo que la prevención debe extenderse a los adultos jóvenes.

- Antes de la pandemia, el suicidio ya estaba en aumento, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana. Los determinantes sociales (principalmente la desigualdad, la pobreza y la violencia) han aumentado desde entonces, y algunos suicidios están relacionados con las drogas, lo que significa que la prevención del suicidio debe incluirse en el programa de uso de sustancias. La comorbilidad entre depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental y los TUS es cada vez mayor, por lo que se debe reforzar la ayuda integral en los niveles de atención primaria y secundaria.
- La violencia ha aumentado considerablemente. Dado que este es un factor de riesgo para el abuso de sustancias, los programas de prevención y tratamiento deben incluir este componente.

CONCLUSIONES

La investigación muestra un efecto importante de la pandemia sobre el uso de sustancias y que no hubo problemas de abasto, además de que el mercado se adaptó a las nuevas condiciones.

Si bien se carece de encuestas aleatorias que incluyan al alcohol y otras sustancias, y que incluyan a la población que no cuenta con teléfono o la posibilidad de contestarlas en línea, los estudios llevados a cabo al inicio de la pandemia son consistentes en reportar una disminución global en el consumo de alcohol, con un aumento o mantenimiento del consumo excesivo. Los datos para el incremento o disminución del uso de drogas son menos consistentes, con resultados en ambos sentidos. Los registros de atención antes y durante la pandemia muestran una disminución de casos que pidieron ayuda debido al cierre de servicios que ocurrió en la primera etapa, con un aumento subsiguiente sin llegar al número de consultas anteriores a la pandemia, con la excepción del consumo de metanfetaminas (cristal) que aumentó.

Aún está por describirse quienes fueron las personas que aumentaron o iniciaron el consumo en la pandemia, más allá de que unos fueron usuarios regulares o con patrones de consumo excesivo o con dependencia antes de la pandemia, y que el consumo se asoció con estrés, emociones negativas, ansiedad y síntomas de depresión, y que la pobreza y la violencia aumentaron los riesgos. Ante el aumento de los factores de riesgo para los niños y niñas, adolescentes, personas adultas jóvenes y personas de la tercera edad, puede pensarse en que el consumo iniciado en edades más tempranas y los problemas aumentarán, por lo que la prevención y tratamiento integral son más necesarios ahora.

La pandemia hizo visible y aumentó la disparidad social que incrementa el riesgo de consumo y problemas. La atención de estas condiciones, a la par del tratamiento de adicciones, la comorbilidad con malestar emocional y trastornos psiquiátricos y otras condiciones de salud, debe ser parte de programas nacionales integrado con enfoque de género.

Las nuevas tendencias de mezclar drogas y la presencia de adulterantes requieren el desarrollo de mejores modelos de investigación y tratamiento que atiendan este reto.

Además, se requiere una reforma del sistema de salud. Ya se han dado los primeros pasos con una nueva ley que marca el rumbo; no obstante, el presupuesto de salud debe aumentar para reforzar la prevención y disminuir las brechas de tratamiento ahora incrementadas debido a la COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arredondo, J., Strathdee, S. A., Cepeda, J., Abramovitz, D., Artamonova, I., Clairgue, E., Bustamante, E., Mittal, M. L., Rocha, T., Bañuelos, A., Olivarría, H. O., Morales, M., Rangel, G., Magis, C., Beletsky, L. (2017). Measuring improvement in knowledge of drug policy reforms following a police education program in Tijuana, Mexico. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0198-2>

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E. y Méndez, E. (2013). Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 85-91.
- Beverido-Sustaeta, P., Salas-García, B., De San Jorge-Cárdenas, X., Gogea-coechea-Trejo, M. d. C., Pavón-León, P., Blázquez-Morales, M. L. S.,... Ortiz León, M. C. (2020). Patrones de consumo de marihuana, abastecimiento y estado de ánimo durante el confinamiento por covid-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 25-34. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.04>
- Bustos-Gamiño, M., Mora-Ríos, J., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Molina-López, A., Medina-Mora, M. E. (2022). Changes in attitudes toward people with substance use disorder: a comparative study of the general population in Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8538. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148538>
- Carranza-Aguilar, C. J., Hernández-Mendoza, A., Mejías-Aponte, C., Rice, K. C., Morales, M., González-Espinosa, C. y Cruz, S. L. (2022). Morphine and fentanyl repeated administration induces different levels of NLRP3-dependent pyroptosis in the dorsal raphe nucleus of male rats via cell-specific activation of TLR4 and opioid receptors. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 42(3), 677-694. <https://doi.org/10.1007/s10571-020-00957-5>
- Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2021). *Resultados enero-diciembre 2020*. Gobierno de México. www.cij.gob.mx/pdf/PRESENTACION_INSTI-TUCIONAL_MARZO_2021.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2021). *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*. Informe especial COVID-19. Cepal.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic). (2020). *Intoxicación por bebidas alcohólicas adulteradas en México*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/Conadic/documentos/intoxicacion-por-bebidas-alcoholicas-adulteradas-en-mexico>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic). (2021a). *Directorio de Unidades de Especialidad Médica CAPA's cuarto trimestre 2020*. Gobierno

- de México. Consultado el 2 de mayo de 2020 en <http://evaluacion.ssm.gob.mx/directorium2016/uneme.php>
- Comision Nacional Contra las Adicciones (Conadic). (2021b). *Estudio hemisférico sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia de COVID-19. Resultados de México*. https://www.facebook.com/watch/live/?v=tch_p263523425126677&ref=wa_ermalink
- Comision Nacional Contra las Adicciones (Conadic). (2021c). *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México*. Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- Coneval. (5 de agosto de 2021). *Coneval presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2018 y 2020*. https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_009_MEDICION_POBREZA_2020.pdf
- Cordero, M., Berenzon, S., Robles, R., Real, T. y Medina-Mora, M. E. (2021). Community-based mental health services in Mexico. *Consortium Psychiatricum*, 2(2), 49-58.
- Cordero-Oropeza, M., Rafful, C., Mendoza, A., Mendoza, M. y Medina-Mora, M. E. (2022). Consumo de sustancias pre y postconfinamiento por COVID-19. Retos persistentes en el sistema de salud en México. *En proceso*.
- Del Valle Tena, O., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. y Wagner, F. A. (2019). Chronic childhood adversity and speed of transition through stages of alcohol involvement. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107669. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107669>
- Díaz-Negrete, D. B., Rodríguez-Kuri, S. E., Cruz-Cortés, C. d. J., Gutiérrez-López, A. D., González-Sánchez, J. D. y Fernández-Cáceres, C. (2020). Problemática psicosocial y de salud mental reportada por consultantes del servicio de atención telefónica Línea de la Vida, derivados a Centros de Integración Juvenil durante la epidemia de COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 45-60. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.06>
- Fleiz, C., Domínguez, M., Villatoro, J., Vázquez, F., Zafra, E., Sánchez, R Resendiz-Escobar E., Bustos-Gamiño M. y Medina-Mora, M. E. (2019). *Cuqueando la chiva*. INPRFM.

- Fleiz, C., Villatoro, J. y Prevencasa. (2020). *Interviews with civil society organizations Tijuana, Mexico*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Tabulados básicos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/#Tabulados>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Comunicado de prensa Núm. 185/21*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ECOVID-ED_2021_03.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” [INPFM]. (29 de junio de 2020). *Trastornos relativos al uso/uso patológico de sustancias psicoativas durante la pandemia del COVID-19* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xL8stQxBqVQ>
- Johns Hopkins University. (2022). *World Countries. Mexico*. Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/region/mexico>
- López, O. y Cortijo, X. (2021). Procesos socioemocionales de estudiantes universitarios por medidas sanitarias COVID-19: resultados preliminares. *South Florida Journal of Development*, 2(3), 4147-4162.
- Manthey, J., Carr, S., Anderson, P., Bautista, N., Braddick, F., O’Donnell, A., Jané-Llopis, E., López-Pelayo, H., Medina, P., Mejía-Trujillo, J., Pérez-Gómez, A., Piazza, M., Rehm, J., Solovei, A., Natera-Rey, G., De Vries, H. y Schulte, B. (2022). Reduced alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: analyses of 17,000 patients seeking primary health care in Colombia and Mexico. *Journal of Global Health*, 12, 05002-05002. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.05002>
- Marín, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa, A., Nanni, R., Ayala, M. Fernández-Mondragón, J., Medina-Mora, M. E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36, 471-479.
- Martínez-Vélez, N. A., Tiburcio, M., Natera-Rey, G., Villatoro-Velázquez, J. A., Arroyo-Belmonte, M., Sánchez-Hernández, G. Y. y Fernández-Torres, M. (2021). Psychoactive substance use and its relationship to stress, emotional state, depressive symptomatology, and perceived threat during

- the COVID-19 pandemic in Mexico. *Frontiers in Public Health*, 9, 709410-709410. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.709410>
- Medina-Mora, M. E., Cordero, M. y Rafful, C. (2022). Determinantes sociales de la salud mental frente a la pandemia. En O. Hansberg y D. Fajardo-Chica (Eds.), *La vida emocional en la pandemia* (15-34). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medina-Mora, M. E., Cordero-Oropeza, M., Rafful, C., Real, T. y Villatoro-Velázquez, J. A. (2021). COVID-19 and alcohol in Mexico: a serious health crisis, strong actions on alcohol in response-Commentary on Stockwell et al. *Drug and alcohol review*, 40(1), 13-16.
- Monteiro, M. (2020). *Alcohol y COVID-19* [Encuesta].
- Morales-Chainé, S., López-Montoya, A., Bosch-Maldonado, A., Beristain-Aguirre, A., Robles-García, R., López-Rosales, F. y Fernández-Cáceres, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 11-24. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.03>
- Morales-Chainé, S., López-Montoya, A., Rivera, B. A., Bosch-Maldonado, A., Robles-García, R., Beristain Aguirre, A.,... Palafox, P. (2020). *Substance use information from the screening system*. <https://misalud.unam.mx/covid19/>
- Mulvey, E. (9 de septiembre de 2020). *Mexican drug traffickers charged with drug trafficking crime based on seizure of almost three tons of cocaine*. Drug Enforcement Administration. <https://admin.dea.gov/press-releases/2020/09/09/mexican-drug-traffickers-charged-drug-trafficking-crime-based-seizure>
- Pérez, S. y Pérez, C. A. (11 de enero de 2021). *Efectos de COVID-19 en el mercado de drogas en México*. Nexos. <https://seguridad.nexos.com.mx/?p=2411>
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., González-Zuñiga, P., Jenkins, J. H., Rangel, G., Strathdee, S. A. y Davidson, P. (2020). Somebody is gonna get hurt: involuntary drug treatment in Mexico. *Medical Anthropology*, 39(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609470>
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M.-E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio,

- L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Borres, L., Quijada-Gaytán, J.-M., Zabicky, G., Tejadilla-Orozco, D., González-Olvera, J.-J. y Reyes-Terán, G. (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 18(S1516). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Gobierno de México.
- Secretaría de Salud. (2020a). *Lineamiento de reconversión hospitalaria*. Gobierno de México.
- Shamah-Levy, T., Mundo-Rosas, V., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Cuevas-Nasu, L., Ávila-Arcos, M. A. M., Sánchez-Pimienta, T., Méndez-Gómez-Humarán, I. y Rivera-Dommarco, J. A. (2020). *ENSARS-COV-2. Encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de COVID-19: resultados comparativos del primer y segundo levantamiento*. <https://www.insp.mx/avisos/seguimiento-de-la-ensars-cov-2>
- Sistema de Información Epidemiológica. (2022). *Informe de investigación 22-01g*. Centros de Integración Juvenil. <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/22-01g.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). *World drug report. Global overview: drug demand drug supply*. United Nations.
- Valente, J. Y., Sohi, I., García-Cerde, R., Monteiro, M. G. y Sánchez, Z. M. (2021). What is associated with the increased frequency of heavy episodic drinking during the COVID-19 pandemic? Data from the PAHO regional web-based survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108621. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108621>
- Villatoro, J., Reséndiz, E., Mujica, A., Breton, C., Cañas, V., Soto, I., Fregozo, D., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E., Gutierrez J., Franco, A., Romero, M. y Mendoza, I. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

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

7

Silvia Morales-Chainé⁽¹⁾
Alejandra López-Montoya⁽¹⁾
Rebeca Robles-García⁽²⁾
Alejandro Bosch-Maldonado⁽¹⁾
Ana Gisela Beristain-Aguirre⁽³⁾
Claudia Lydia Treviño-Santacruz⁽⁴⁾
Germán Palafox-Palafox⁽¹⁾
Violeta Félix-Romero⁽¹⁾
Lydia Barragán-Torres⁽¹⁾
Carmen Fernández-Cáceres⁽⁵⁾
Mireya Atzala Ímaz-Gispert⁽⁶⁾

ANTECEDENTES

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021), alrededor de 275 millones de personas consumieron sustancias psicoactivas en todo el mundo entre mayo de 2020 y junio de 2021. Por ello, al parecer 36 millones de personas pudieron desarrollar trastornos por el uso de tales sustancias psicoactivas. En general, parece existir un

(1) Facultad de Psicología, (2) Instituto Nacional de Psiquiatría, (3) Dirección General de Atención a la Comunidad Universitaria, (4) Instituto de Biotecnología, (5) Centros de Integración Juvenil, A. C., (6) Centro de Ciencias de la Complejidad / Facultad de Ciencias.

aumento del uso de drogas en el mundo. De entre 77 países, 42 % reportó un incremento en el consumo de sustancias como el cannabis, así como de medicamentos sin prescripción médica, durante el mismo periodo de evaluación. Así, la UNODC proyecta un alza de 11 % para 2030 en el número de personas que consumirán drogas en el mundo.

El incremento en el consumo de sustancias psicoactivas parece asociarse con su alta disponibilidad y accesibilidad a través de las plataformas electrónicas, que se ha elevado hasta cuatro veces entre el periodo de 2011 y 2020. La pandemia y las condiciones de confinamiento parecen haber potencializado las ya existentes vías de distribución y con ello la disponibilidad de las sustancias psicoactivas para una mayor cantidad de personas en las comunidades, a pesar de que los sistemas de fiscalización han logrado limitar la propagación de las nuevas sustancias en el mundo.

No obstante, la pandemia por COVID-19 ha significado un fuerte impacto social que ha generado desigualdad, mayor pobreza y afectaciones a la salud mental, entre las que destacan los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas en las poblaciones vulnerables y en jóvenes particularmente.

En el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (OMSMCSP), (Comisión Nacional contra las Adicciones [Conadic], 2021) y en el marco de la pandemia por COVID-19, se reportó que 35.8 % de las personas las consumió, específicamente 43.2 % de los hombres y 32.3 % de las mujeres. Durante la pandemia, 32.5 % de sus personas encuestadas reportaron haber consumido alcohol; 24.6 %, tabaco, y 14.6 %, marihuana, de lo que resultaron prevalencias más elevadas en hombres que en mujeres. Por ejemplo, en el caso de la cocaína, 16 % de los hombres y 9.0 % de las mujeres lo reportaron, y 16.4 % de los hombres y 9.6 % de las mujeres indicaron el uso de opioides.

De forma importante, en el OMSMCSP (Conadic, 2021) se reportó que 18.7 %, 19.8 % y 3.1 % de la población reportó haber aumentado el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, respectivamente. Por supuesto, las razones asociadas con dichos incrementos fueron, principalmente, el estrés, la ansiedad, el aislamiento, las preocupaciones y el aburrimiento durante la pandemia por

COVID-19, y desplazó condiciones como la curiosidad o la intensión de experimentar los efectos del consumo.

Durante la pandemia en México, Morales et al. (2020), Morales, López, Bosch, Beristain, Robles et al. (2021) y Morales, López, Bosch, Beristain, Escobar et al. (2021) reportaron que el consumo explosivo de alcohol se relacionó con condiciones de estrés y ansiedad, pero también que estas circunstancias variaron en función del género, la edad de los participantes, el confinamiento, la sospecha o padecer COVID-19, la violencia y la comorbilidad con otras condiciones de salud física y emocional. Por ello, la medición de tales condiciones de riesgo a la salud mental resulta fundamental para la consideración de políticas públicas de prevención y tratamiento en el contexto de atención del consumo de sustancias psicoactivas.

En el marco del desarrollo de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19, se han desarrollado innovaciones, adaptado servicios de prevención e incrementado la oferta de tratamiento por medio de prácticas remotas basadas en la evidencia científica.

En la UNAM, se desarrolló un Sistema Tecnológico de Información (STI) a través del cual ha sido posible impartir consejería y derivar a la comunidad a servicios de intervención breve, ambos basados en la evidencia empírica, conforme se establece en las normas nacionales e internacionales para el servicio remoto. El contexto de implementación del STI ha sido aquel en el que la población históricamente se ha abstenido de solicitar o recibir servicios de atención basados en la evidencia científica. Por ejemplo, en el mismo OMSMCS (Conadic, 2021) se reportó que 62.7% de sus encuestados no buscaron o no creyeron necesitar algún tipo de ayuda relacionada con su consumo. En particular, 17.5% no busco ayuda, aun cuando consideró necesitarla y solo 7.7% buscó ayuda con profesionales de la salud, por su uso de sustancias psicoactivas.

En el marco de la prevención e intervención breve por el consumo de sustancias psicoactivas, en la UNAM, se desarrolló esta estrategia basada en el STI para la prevención de riesgos a la salud mental y por supuesto por el consumo de sustancias psicoactivas. En la estrategia, denominada Mi Salud También es Mental, la Facultad de Psicología de la UNAM estableció acciones de cribado/tamizaje de las condiciones de riesgo a la salud mental pero

también para su manejo y seguimiento en pro de reducir la brecha de atención que existe en México, como en otros países de América Latina.

El STI fue desarrollado bajo las recomendaciones tanto de la *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada* (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017) como de las de la *Guidelines for the practice of telepsychology (Guía para la práctica de la telepsicología)*, de la American Psychological Association (APA, 2013). Por lo que se estructuró una WebApp mediante Linux®, PHP®, HTML®, CSS® y JavaScript®. La herramienta también se adhiere 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 a los lineamientos de la Dirección General Atención a la Comunidad (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 (Secretaría de Gobernación [Segob], 2020) y la aprobación del protocolo por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM el 16 de octubre del 2020.

En lo general, el STI estuvo constituido por paneles: *a)* 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)* 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); *c)* de asignación de casos a los especialistas en salud mental por los supervisores, y *d)* para el 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 sistema tecnológico de información descrito, se utilizó

el conmutador virtual Zoiper® 3.5, la plataforma Zoom®, Meet® y Teams® para la consejería psicológica remota sincrónica.

Adicionalmente, el STI contiene acciones algorítmicas programadas para la retroalimentación inmediata, con base en las recomendaciones de la guía mhGAP (OPS, 2017), que despliegan: *a*) infografías, videos y cursos de psicoeducación en la plataforma Moodle® para la habilitación respecto al enfrentamiento de los riesgos a la salud mental y la interrupción de su progresión a mayores niveles de severidad, y *b*) el apartado para otorgar consentimiento y recibir atención psicológica remota de forma sincrónica. Con ello, a través del sistema tecnológico se generó la oferta de evaluación, consejo y seguimiento de los riesgos a la salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas en espera de reducir la brecha de atención en la comunidad universitaria.

El STI, adoptado por la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología y por los servicios de los Centros de Integración Juvenil de la Secretaría de Salud, constituyó una herramienta de vinculación intersectorial e institucional para implementar las intervenciones basadas en la evidencia e interrupción de los riesgos por uso de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19 para la comunidad universitaria.

Así, el STI favoreció 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, comunitario, estatal y nacional. Además, ha sido posible analizar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad universitaria antes y durante la pandemia por COVID-19.

Cabe señalar que previo a la pandemia por COVID-19, el STI se implementó durante 2019, con el *Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011), conforme se describe más adelante, pero bajo el sistema de retroalimentación, sin monitoreo en tiempo real. Dicho sistema permitió el cribado de riesgos por el uso de sustancias psicoactivas que se llevó a cabo en escuelas y facultades de la universidad a través del saloneo presencial y que constituye la primera ola de evaluación presentada en el actual capítulo. No obstante, durante el primer año de la pandemia (2020), se implementó

un sistema *breve* alternativo del STI, que fue retirado en 2021 y sustituido por el reinstaurado y mejorado STI, previamente descrito, en enero de 2021. Dicho sistema permitió recolectar la segunda ola de evaluación a través de saloneo virtual, que se presenta en este capítulo, y que, además de un monitoreo en tiempo real, favoreció el sistema de consejería breve para los tempranamente detectados niveles de riesgo derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

Así, el objetivo del actual capítulo es describir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, los niveles de riesgo detectados en población universitaria, previamente y durante el segundo año de la pandemia por COVID-19, así como los niveles de solicitud del servicio psicológico remoto disponibles en la segunda ola de evaluación. Dicha exploración permite identificar la relevancia de implementar mecanismos para la diseminación de las intervenciones breves basadas en la evidencia, disponibles para prevenir e interrumpir riesgos derivados del uso de sustancias psicoactivas en la comunidad universitaria.

MÉTODO

Participantes

Previo a la pandemia por COVID-19 fue posible tamizar los riesgos por el uso de sustancias psicoactivas con 7365 estudiantes entre los 18 y 58 años, con una moda de 18 años ($M = 20.07$; $DE = 3.04$), 69.1 % mujeres y 30.9 % hombres (ver tabla 1), a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. En segundo término, durante la pandemia por COVID-19 fue posible tamizar los riesgos por el uso de sustancias psicoactivas con 5250 estudiantes entre los 18 y 71 años, con una moda de 18 años ($M = 22.6.00$; $DE = 5.24$), 69.6 % mujeres y 30.4 % hombres (ver tabla 1).

TABLA 1

2019						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18-19	3125	71.2	1264	28.80	4389	59.6
20-24	1659	67.7	790	32.3	2449	33.3
25 o más	305	57.9	222	42.1	527	7.2
Total	5089	69.1	2276	30.9	7365	100%

2021						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18-19	1107	74.7	374	25.30	1481	28.2
20-24	1818	69.2	809	30.8	2627	50.0
25 o más	730	63.9	412	36.1	1142	21.8
Total	3655	69.6	1595	30.4	5250	100%

Representa el número total de estudiantes, mujeres y hombres por tres rangos de edad que participaron en el cribado en dos periodos de evaluación, previo y posterior a la pandemia por COVID-19.

INSTRUMENTOS

Para el actual capítulo se consideraron las secciones del STI: 1) información sociodemográfica (por ejemplo, sexo, edad) y en la segunda versión, pérdidas de seres queridos, condición por COVID-19 y solicitud de atención psicológica remota), y 2) la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). Para el capítulo actual, en la primera ola de evaluación el instrumento obtuvo un alfa de Cronbach (α) de 0.863, y buenos indicadores, específicamente por factor: tabaco ($\alpha = 0.806$), alcohol ($\alpha = 0.738$), cannabis ($\alpha = 0.838$),

cocaína ($\alpha = 0.876$), estimulantes ($\alpha = 0.825$), inhalables ($\alpha = 0.829$), sedantes ($\alpha = 0.827$), alucinógenos ($\alpha = 0.833$), opiáceos ($\alpha = 0.844$), otras drogas ($\alpha = 0.873$). Las varianzas explicadas del análisis factorial fueron 54.42 % para tabaco, 59.34 % para alcohol, 67.94 % para cannabis, 72.25 % para cocaína, 68.20 % para estimulantes, 71.40 % para inhalables, 68.79 % para sedantes, 66.69 % para alucinógenos, 86.39 % para opiáceos y 74.57 % para otras drogas. Para la segunda ola de evaluación, se obtuvo un alfa de Cronbach (α) de 0.875, y también buenos indicadores, específicamente por factor: tabaco ($\alpha = 0.818$), alcohol ($\alpha = 0.775$), cannabis ($\alpha = 0.852$), cocaína ($\alpha = 0.877$), estimulantes ($\alpha = 0.891$), inhalables ($\alpha = 0.822$), sedantes ($\alpha = 0.866$), alucinógenos ($\alpha = 0.789$), opiáceos ($\alpha = 0.855$), y otras drogas ($\alpha = 0.719$). Las varianzas explicadas del análisis factorial fueron 56.53 % para tabaco, 62.36 % para alcohol, 54.99 % para cannabis, 61.89 % para cocaína, 62.34 % para estimulantes, 51.36 % para inhalables, 58.85 % para sedantes, 60.55 % para alucinógenos, 71.71 % para opiáceos y 59.30 % para otras drogas.

El ASSIST permite identificar el nivel de riesgo por el consumo de 10 tipos de sustancias psicoactivas: tabaco, bebidas con alcohol (cerveza, vinos, licores), cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís), cocaína (coca, crack), estimulantes de tipo anfetamina (anfetaminas, éxtasis), inhalables (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura), sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam), alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina), opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína) y otras drogas.

El ASSIST está constituido por ocho preguntas que tamizan el uso de sustancias: 1) a lo largo de la vida, 2) en los últimos tres meses, 3) con un fuerte deseo o ansias de consumir en los últimos tres meses 4) problemas de salud, sociales, legales o económicos asociados con el uso de los últimos tres meses, 5) dejar de hacer lo que habitualmente se espera de uno, en los últimos tres meses, 6) preocupación de personas cercanas al respondiente, respecto a su uso de sustancias, a lo largo de la vida o en los últimos tres meses, 7) intentos para poner fin al uso de sustancias y 8) uso de droga por vía inyectada a lo largo de la vida. La respuesta para el primer reactivo es dicotómica: sí y no. Las opciones de respuesta para las preguntas dos a la cinco son: nunca (no se

ha usado en los últimos tres meses); una o dos veces (de una a dos veces en los últimos tres meses); mensualmente (promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses); semanalmente (de una a cuatro veces a la semana), y a diario o casi diario (de cinco a siete veces a la semana). Para las preguntas seis a la ocho, las opciones son: nunca; sí, pero no en los últimos tres meses, y sí, en los últimos tres meses. La codificación de las opciones de respuesta para cada reactivo varía al asignar el código acorde al número de pregunta desde la opción una o dos veces (por ejemplo, para el reactivo dos: nunca [0], una o dos veces [2], mensualmente [3], semanalmente [4], diario o casi diario [6]; para el reactivo tres: nunca [0], una o dos veces [3], mensualmente [4], semanalmente [5], diario o casi diario [6]). Para los reactivos seis y siete, los códigos son: nunca (0), sí, en los últimos tres meses (6), sí, pero no en los últimos tres meses (3).

Para la calificación del instrumento, se suman las respuestas de las preguntas dos a la siete. Es importante señalar que, para el consumo de tabaco, la quinta pregunta no carga calificación. El reactivo ocho tampoco carga calificación, pero se incluye la retroalimentación para cuando existía administración por vía inyectada de alguna sustancia (por ejemplo, por cuatro días de consumo al mes se recomendó una intervención breve y para más de cuatro días por mes, evaluación adicional y tratamiento intensivo).

Así en el STI, se programaron los algoritmos de retroalimentación con base en la calificación del instrumento y para cada sustancia en función de las recomendaciones de la OMS (2011): riesgo bajo que no requiere intervención (0-3 puntos), riesgo moderado que requiere intervención breve (4-26 puntos y 11-26 para el caso del consumo de alcohol) y riesgo alto que requiere tratamiento más intensivo (más de 27 puntos).

PROCEDIMIENTO

En la primera ola de evaluación y a través de 11 sesiones de aplicación cara a cara y a través del STI, con duración de 30 minutos cada una a lo largo de 2019, se invitó a los participantes a ingresar a la liga Mi Salud También es

Mental y responder al cuestionario descrito previamente. Para la segunda ola de evaluación, se convocó a los participantes a ingresar a la misma dirección electrónica, a través de la Gaceta-UNAM, que estuvo disponible a lo largo del mismo periodo de evaluación: 12 meses, durante 2021. Las personas participantes leyeron las siguientes instrucciones:

El momento actual nos demanda una forma de enfrentar como nos sentimos; como resultado podríamos identificar qué hacer al respecto y dónde podríamos encontrar una ayuda profesional con evidencia de éxito. En consecuencia, le pedimos complete usted la siguiente información. A partir de lo que responda, recibirá retroalimentación, recomendaciones para actuar ante las emociones, pensamientos y comportamientos que usted pudiera identificar y presentar. Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione es confidencial. Su manejo se hará con base en la política de privacidad de datos personales y transparencia de la universidad.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con el fin de proporcionar evidencia respecto a las proporciones de estudiantes que reportan uso y riesgo derivado del consumo de sustancias psicoactivas, se llevaron a cabo análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes y tablas de contingencia) a través de IBM® SPSS®, versión 19.0.

RESULTADOS

Conforme se observa en el apéndice A, previo a la pandemia por COVID-19, 83.48 % de los participantes de la comunidad universitaria reportaron haber consumido bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores) alguna vez a lo largo de la vida: 85.68 % de los hombres y el 82.49 % de las mujeres. Dicha proporción decreció ligeramente durante el segundo año de la pandemia, en el que se observó 79.09 % de dicha comunidad universitaria: 81.63 % de

APÉNDICE A

Escalas	Edad	2019						2021					
		Mujeres		Hombres		Total		Mujeres		Hombres		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	18-19	1595	50.04	684	54.11	2279	51.92	360	32.52	131	35.03	491	33.15
	20-24	959	57.81	521	55.95	1480	60.43	856	47.08	437	54.02	1293	49.22
	25 o más	162	53.12	144	64.86	306	58.06	371	50.82	280	67.96	651	57.01
	Total	2716	53.57	1349	59.27	4065	55.19	1587	43.42	848	53.17	2435	46.38
Bebidas	18-19	2505	80.16	1021	80.78	3526	80.34	779	70.37	259	69.25	1038	70.09
	20-24	1438	86.68	719	91.01	2157	88.08	1461	80.36	675	83.44	2136	81.31
	25 o más	255	83.61	210	94.59	465	88.24	610	83.56	368	89.32	978	85.64
	Total	4198	82.49	1950	85.68	6148	83.48	2850	77.98	1302	81.63	4152	70.09
Cannabis	18-19	687	21.98	384	30.38	1071	24.40	217	19.60	86	22.99	303	20.46
	20-24	525	31.65	317	40.13	842	34.38	565	31.08	317	39.18	882	33.57
	25 o más	93	30.49	121	54.50	214	40.61	246	33.70	190	46.12	436	38.18
	Total	1305	25.64	822	36.12	2127	28.88	1028	28.13	593	37.18	1621	30.88
Cocaína	18-19	97	3.10	86	6.80	183	4.17	22	1.99	9	2.41	31	2.09
	20-24	66	3.98	64	8.10	130	5.31	65	3.58	52	6.43	117	4.45
	25 o más	16	5.25	23	10.36	39	7.40	36	4.93	43	10.44	79	6.92
	Total	179	3.52	173	7.60	352	4.78	123	3.37	104	6.52	227	4.32
Estimulantes	18-19	24	0.77	32	2.53	56	1.28	12	1.08	7	1.87	19	1.28
	20-24	27	1.63	29	3.67	56	2.29	29	1.60	23	2.84	52	1.98
	25 o más	14	4.59	18	8.11	32	6.07	25	3.42	24	5.83	49	4.29
	Total	65	1.28	79	3.47	144	1.96	66	1.81	54	3.39	120	2.29
Inhalables	18-19	14	0.45	18	1.42	32	0.73	7	0.63	4	1.07	11	0.74
	20-24	6	0.36	25	3.16	31	1.27	12	0.66	11	1.36	23	0.88
	25 o más	5	1.64	7	3.15	12	2.28	5	0.68	8	1.94	13	1.14
	Total	25	0.49	50	2.20	75	1.02	24	0.66	23	1.44	47	0.90
Sedantes	18-19	188	6.02	47	3.72	235	5.35	79	7.14	11	2.94	90	6.08
	20-24	144	8.68	56	7.09	200	8.17	165	9.08	53	6.55	218	8.30
	25 o más	38	12.45	33	14.86	71	13.47	93	12.74	35	8.50	128	11.21
	Total	370	7.27	136	5.98	506	6.87	337	9.22	99	6.21	436	8.30
Alucinógenos	18-19	133	4.26	96	7.59	229	5.22	94	8.49	27	7.22	121	8.17
	20-24	68	4.10	76	9.62	144	5.88	122	6.71	81	10.01	203	7.73
	25 o más	19	6.23	35	15.77	54	10.25	45	6.16	58	14.08	103	9.02
	Total	220	4.32	207	9.09	427	5.80	261	7.14	166	10.41	427	8.13
Opiáceos	18-19	7	0.22	5	0.40	12	0.27	2	0.18	1	0.27	3	0.20
	20-24	15	0.90	5	0.63	20	0.82	7	0.39	1	0.12	8	0.30
	25 o más	4	1.31	6	2.70	10	1.90	2	0.27	2	0.49	4	0.35
	Total	26	0.51	16	0.70	42	0.57	11	0.30	4	0.25	15	0.29
Otras	18-19	14	0.45	20	1.58	34	0.77	36	3.25	14	3.74	50	3.38
	20-24	15	0.90	20	2.53	35	1.43	44	2.42	28	3.46	72	2.74
	25 o más	9	2.95	10	4.50	19	3.61	32	4.38	21	5.10	53	4.64
	Total	38	0.75	50	2.20	88	1.19	112	3.06	63	3.95	175	3.33
Inyectadas	18-19	2	0.06	3	0.24	5	0.11	1	0.09	0	0.00	1	0.07
	20-24	1	0.06	10	1.27	11	0.45	4	0.22	1	0.12	5	0.19
	25 o más	0	0.00	1	0.45	1	0.19	5	0.68	5	1.21	10	0.88
	Total	3	0.06	14	0.62	17	0.23	10	0.27	6	0.38	16	0.30

Distribución del total de participantes, por sexo y por grupo de edad, en función del reporte de uso, de cada sustancia, alguna vez en la vida, en la evaluación de 2019 (previo) y de 2021 (durante la pandemia por COVID-19).

los hombres y 77.98 % de las mujeres. Cabe resaltar la elevada proporción de hombres mayores de 25 años que consumieron alcohol alguna vez en la vida, señalado en la primera evaluación, y que levemente decrementó en la segunda (94.59 % y 89.32 %, respectivamente).

En el caso del consumo de tabaco alguna vez en la vida, previo a la pandemia, 55.19 % de los estudiantes reportaron su uso: 59.27 % de los hombres y 53.37 % de las mujeres. Dicha proporción resultó menor en la segunda valoración, durante la pandemia, con un global de 46.38 %: 53.17 % en hombres y 43.42 % en mujeres. Sin embargo, la mayor proporción de estudiantes que reportó el consumo de tabaco alguna vez en la vida, previo a la pandemia, fue la de los hombres del grupo etario de 20 a 24 años (65.95 %), que cambió, y se observó que los hombres mayores de 25 mostraron la mayor prevalencia (67.96 %) durante esta.

Para el uso de cannabis, previo a la pandemia, 28.88 % de los estudiantes reportó su consumo alguna vez en la vida: 36.12 % de los hombres y 25.64 % de las mujeres. Durante la pandemia hubo un ligero incremento con 30.88 % de los estudiantes que reportaron el uso de cannabis alguna vez en la vida: 37.18 % de los hombres y 28.13 % de las mujeres. El grupo etario con mayor consumo en 2019 fue el de los varones mayores de 25 años (54.50 %) mientras que, durante 2021, para el mismo grupo, decrementó hasta 46.12 %. El cuarto conjunto de drogas más reportadas, por su uso alguna vez en la vida en 2019 fueron los alucinógenos con 5 %: 90.9 % de los hombres y 4.32 % de las mujeres. La prevalencia incrementó durante 2021 a 8.13 % de la población universitaria: 10.41 % de los hombres y 7.14 % de las mujeres. El grupo etario con la mayor prevalencia en 2019 y 2021 fue el de los hombres mayores de 25 (15.77 % y 14.08 %, respectivamente).

Con respecto a los niveles de riesgo y de intervención recomendados, en el apéndice B se muestra que, previo a la pandemia, 25.04 % de la población universitaria requería una intervención breve por el consumo de tabaco, lo que se mantuvo relativamente constante durante la pandemia (23.05 %). Esto significa que el consumo de esta sustancia, en los últimos tres meses, podía haber representado deseos o ansias por consumir, problemas de salud, sociales, legales o económicos, haber intentado reducir o eliminar el consumo sin haberlo logrado, con la preocupación de amigos o familiares por dicho

consumo. Específicamente, 28.60 % de los hombres y 23.44 % de las mujeres hubiera requerido dicho nivel de intervención por el uso de tabaco previo a la pandemia, y 26.39 % de los hombres y 21.59 % de las mujeres durante la pandemia. Destacó la necesidad de intervención breve por consumo de tabaco para 33.04 % de los hombres entre los 20 y 24 años, antes de la pandemia, y para 34.22 % de los hombres mayores de 25 años, durante esta.

Para el caso del consumo de alcohol, en 2019 destacó 12.29 % de la población universitaria, para quienes se habría recomendado una intervención breve por el consumo de este, que aumentó a 14.34 % durante 2021. Además de los síntomas descritos para el tabaco, en el caso del alcohol se agregó haber dejado de hacer lo habitual por darle prioridad a su uso. Así, 16.17 % de los hombres y 10.55 % de las mujeres hubiera requerido un nivel de intervención breve por el uso de alcohol, previo a la pandemia, mientras que 17.05 % de los hombres y 13.16 % de las mujeres la requería durante esta. Destaca la necesidad de intervención breve para 17.47 % de los hombres y 11.51 % de las mujeres, entre 20 y 24 años, por el uso de dicha sustancia en el 2019, y 19.90 % de los hombres y 16.58 % de las mujeres mayores de 25 durante 2021.

Finalmente, previo a la pandemia, destacó 5.96 % de la población universitaria para quienes se habría recomendado una intervención breve por el consumo de cannabis que aumentó a 11.18 % durante la pandemia. El 8.44 % de los hombres y 4.85 % de las mujeres hubiera requerido dicho nivel de intervención por su uso en 2019, hecho que aumentó en 2021 a 13.48 % de los hombres y 10.18 % de las mujeres en 2021. Destaca la necesidad de intervención breve para 12.61 % de los hombres por arriba de los 25 años y 5.73 % de las estudiantes entre 20 y 24 años, por el consumo de dicha sustancia psicoactiva en 2019. Para 2021, durante la pandemia, el consumo de cannabis indicaría una necesidad de intervención breve para 17.72 % de los hombres mayores de 25 años y 12.38 % de las mujeres entre 20 y 24 años.

Dado que el STI estuvo programado durante la pandemia, para monitorear en tiempo real los consentimientos para recibir la intervención recomendada por el orden de riesgo resultante del consumo de sustancias psicoactivas, la figura 1 y el apéndice C representan el número y proporción total de

estudiantes, por sexo y grupo de edad, que recibieron consejería breve en función del consentimiento otorgado. Se observó una solicitud de atención de 407 personas para intervención breve y 26 de tratamiento intensivo por consumo de tabaco. Tales condiciones representaron 33.64 % y 50.98 % del total de personas que requerían una intervención de ese nivel que sí consintieron recibir consejería breve, respectivamente.

Del mismo modo, 279 y 47 estudiantes aceptaron recibir intervención breve y tratamiento intensivo, respectivamente, por consumo de alcohol, lo que representó 37.05 % y 45.19 % del total de quienes lo requerían en la comunidad que ingresó al STI, de nuevo, respectivamente. En el caso de la cannabis, por el orden de riesgo derivado de su uso, 215 y 31 estudiantes aceptaron la intervención (36.63 % y 53.45 %, respectivamente, del total de los que ingresaron al STI). Es de notar que, en casi todos tipos de consumo, la proporción de consentimientos y aceptación del servicio remoto fue mayor para los órdenes de riesgo que requerían un tratamiento intensivo. De este modo, sobresale que para aquellas personas a quienes se recomendaban niveles de intervención breve o no intervención, la proporción de estudiantes que aceptó ser contactado para recibir consejería resultó en descenso, en concordancia con el orden de riesgo; es decir, se observó menor proporción de personas que autorizaron ser contactadas, cuando no se requería intervención (por ejemplo, 29.62 % para los estudiantes que no presentaron riesgos asociados al uso de alcohol).

DISCUSIÓN

El objetivo del capítulo es describir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, los niveles de riesgo detectados en población universitaria, antes y durante la pandemia por COVID-19, así como los niveles de solicitud del servicio psicológico remoto disponibles en la segunda ola de evaluación.

En el estudio destacaron patrones de consumo descritos por los universitarios, previos y durante el segundo año de la pandemia, por arriba de los indicados grupos etarios similares en la Encodat (2016-2017). Es decir, resultó

notorio el reporte, con prevalencias elevadas en la comunidad de referencia, en las cuales las proporciones más elevadas de estudiantes se concentraron en el uso del tabaco, alcohol y cannabis, primordialmente. Vale la pena señalar que las prevalencias fueron mayores para hombres que para mujeres, en general de forma similar a lo indicado por el OMSMCSP (Conadic, 2021), aunque con prevalencias más altas.

Aun cuando los hallazgos parecen indicar un descenso leve en las prevalencias por el consumo de alcohol, o tabaco durante la pandemia, hubo un llamado de atención importante en el uso de cannabis, sedantes, alucinógenos y otras drogas, similar a lo observado en el informe de la UNODC (2021). Es decir, fue notorio un ligero incremento en el número de personas que reportaron el uso del cannabis, sedantes, alucinógenos y otras drogas durante la pandemia, en el marco de un aparente decremento para el resto de las sustancias psicoactivas disponibles en México. Análisis posteriores adicionales deberán determinar el papel que pudieran estar jugando las condiciones adicionales en las que se insertan los estudiantes, como las situaciones estresantes, la convivencia familiar, el distanciamiento, enojo, tristeza y ansiedad relativos a los eventos que impone la pandemia por COVID-19 y como esas condiciones varían, como ya se ha señalado en otros estudios previos, en función del género, la edad, el confinamiento, la sospecha o padecer COVID-19, la violencia emocional, física y su comorbilidad física y emocional (Morales et al., 2020; Morales, López, Bosch, Beristain, Robles et al. 2021; Morales, López, Bosch, Beristain, Escobar et al. 2021). Es sabido que dichas condiciones se asocian de forma importante con el consumo de sustancias, en particular con el consumo explosivo de alcohol, por lo que estudios adicionales deberán centrar su atención en tales condiciones y su relación con el consumo en la comunidad universitaria.

De forma congruente, los hallazgos indicaron una inminente necesidad de implementar intervenciones breves por el uso de alcohol, cannabis, sedantes y alucinógenos durante la pandemia por COVID-19 en la comunidad universitaria; además, se mantiene constante la relevante intervención para las personas con riesgos por el uso de tabaco. Es decir, a pesar del decremento en las prevalencias de uso alguna vez en la vida, se observó un incremento en

la proporción de estudiantes que requerían intervenciones breves por el consumo de las sustancias mencionadas, durante la pandemia por COVID-19.

En el marco de la evolución y mejora del STI, que durante la pandemia fue construido para monitorear en tiempo real tanto los niveles de riesgo como las solicitudes de servicios, los hallazgos parecen sugerir que el sistema favoreció un canal de derivación en todos los órdenes de riesgo, pero particularmente en una mayor proporción de estudiantes cuyos indicadores resultaron ubicarse en el orden de riesgo más alto, para el cual el tratamiento intensivo fue la recomendación prioritaria. Dicha solicitud de servicio superó a lo reportado en el OMSMCSP (Conadic, 2021) lo que generó expectativas de monitoreo exitosas para la comunidad universitaria. Aceptar la intervención, con un orden de riesgo bajo, favorece acciones de prevención y posible interrupción del establecimiento de patrones de consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Pero poner a disposición de los estudiantes la oferta de intervenciones breves con un mecanismo de fácil acceso, como el establecido en el STI, también constituye una oportunidad para interrumpir el desarrollo de trastornos derivados del uso de sustancias psicoactivas. Fundamentalmente, el STI parece constituir una herramienta factible para reducir la brecha de atención cuando los órdenes de riesgo por el uso de sustancias psicoactivas son elevados y la proporción de estudiantes, que es menor que en el nivel de atención primaria, puede llevar al eficiente aprovechamiento de los recursos humanos disponibles para la atención basada en la evidencia científica.

No obstante, el reto actual permanece: aceptar el servicio, recibir consejo o intervención breve, aunque la favorece, aún no resuelve la plena adherencia al tratamiento que debe monitorearse hasta el éxito de las intervenciones con base en el logro de las metas de tratamiento en adicciones: erradicación del uso de sustancias psicoactivas, el establecimiento de metas basadas en habilidades para una vida plena y saludable o la reducción del daño por el uso de sustancias psicoactivas a través de la reducción del consumo de alcohol.

Aun así, cabe resaltar que, al momento actual, la evolución del STI a través de la pandemia favoreció la creación de una estrategia en la cual se favorece el cribado y tamizaje temprano, en tiempo real de los niveles de riesgo

por el uso de sustancias a partir de la programación del ASSIST con la población universitaria. Su constitución algorítmica ha permitido también trascender, de la sola entrega de retroalimentación normativa o de índices de riesgo por el uso de sustancias psicoactivas, a la entrega de herramientas tecnológicas de apoyo para la psicoeducación de habilidades para la vida, y primordialmente como un instrumento para el fácil acceso al servicio para la comunidad universitaria.

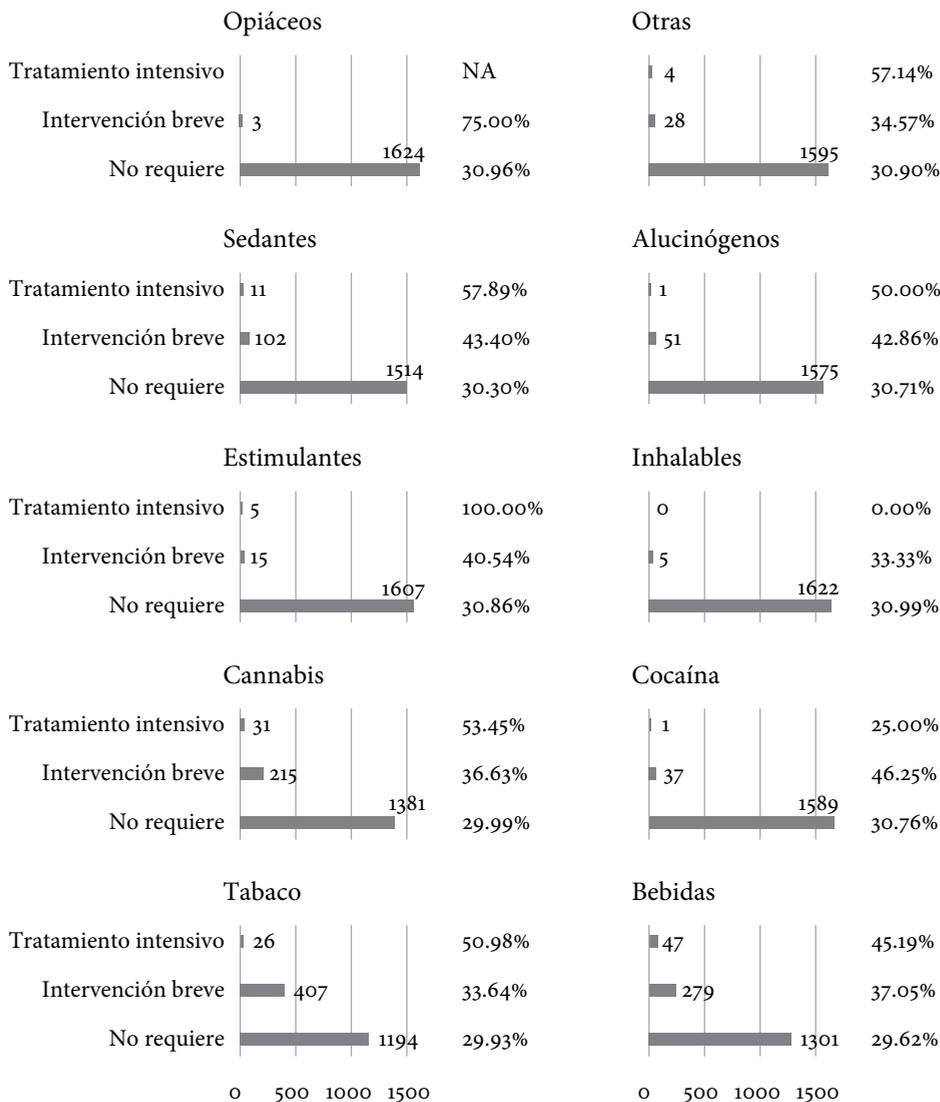
Aun cuando la proporción de estudiantes que solicita el apoyo es similar a la reportada por el Observatorio, existe una alternativa de ayuda que se caracteriza por ser de fácil acceso para los universitarios y que favorece el monitoreo administrativo de la brecha de atención una vez que la población identifica una necesidad y solicita apoyo remoto. La reducción en la brecha de atención dependerá de herramientas eficientes de atención e intervenciones basadas en la evidencia que faciliten la adopción de las políticas públicas locales, nacionales e internacionales para la prevenir y atender riesgos asociados al uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales en la comunidad universitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (APA). (2013). *Guidelines for the practices of telepsychology (GPT)*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- H. Congreso de la Unión, (2017). Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. 26 de enero de 2017. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>
- Morales, C. S., López, M. A., Bosch, M. A., Beristain, A. A., Robles, G. R., López, R. F. y Fernández, C. C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6 (2), 11-24. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.03>
- Morales, C. S., López, M. A., Bosch, M. A., Beristain, A. A., Robles, G. R., Garibay, R. C. R., Astudillo, G. C. I., Lira, C. I. A. y Rangel, G. M. G.

- (2021). Mental health symptoms, binge drinking, and the experience of abuse during the COVID-19 lockdown in Mexico. *Frontiers Public Health*, 9, 656036. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.656036>
- Morales, C. S., López, M. A., Bosch, M. A., Beristain, A. A., Escobar, G. G., Robles, y López, R. F. (2021). Condiciones socioeconómicas de y salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Acta de Investigación Psicológica*, 11 (2), 5-23. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.2.379>
- Secretaría de Gobernación (Segob). (20 de julio de 2020). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres%20humanos
- Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic). (2021). Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (OMSMCSP). Informe sobre el consumo de sustancias psicoactivas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. OMS / OPS.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). *Informe Mundial sobre las Drogas de la UNODC 2021: Los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, ya que los jóvenes subestiman los peligros del cannabis*. https://www.unodc.org/ropan/es/informe-mundial-sobre-las-drogas-de-la-unodc-2021_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--ya-que-los-jvenes-subestiman-los-peligros-del-cannabis.html

FIGURA 1



Representa el total de estudiantes que aceptaron recibir un consejo breve, por nivel de riesgo (no requiere, intervención breve o tratamiento intensivo) por cada tipo de sustancia reportada, así como la proporción que representa el número de estudiantes con respecto al total de quienes reportaron el uso de sustancias psicoactivas (porcentajes en la extrema derecha de cada gráfica), que dieron dicho consentimiento, en la segunda ola de evaluación durante la pandemia por COVID-19.

APÉNDICE B

		2021																	
		Mujeres						Hombres						Total					
Edad		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	18-19	931	84,10	171	15,45	5	0,45	307	82,09	66	17,65	1	0,27	1238	83,59	237	16,00	6	0,41
	20-24	1382	76,02	433	23,27	13	0,72	582	71,94	214	26,45	13	1,61	1964	74,76	637	24,25	26	0,99
	25 o más	527	72,19	195	26,71	8	1,10	260	63,11	141	34,22	11	2,67	787	68,91	336	29,42	19	1,66
	Total	2840	77,70	789	21,59	26	0,71	1149	72,04	421	26,39	25	1,57	3989	75,98	1210	23,05	51	0,97
Bebidas	18-19	998	90,15	100	9,03	9	0,81	327	87,43	44	11,76	3	0,80	1325	89,47	144	9,72	12	0,81
	20-24	1530	84,16	260	14,30	28	1,54	640	79,11	146	18,05	23	2,84	2170	82,60	406	15,45	41	1,94
	25 o más	588	80,55	121	16,58	21	2,88	310	75,24	82	19,90	20	4,85	898	78,63	203	17,88	41	3,59
	Total	3116	85,25	481	13,16	58	1,59	1277	80,06	272	17,05	46	2,88	4393	83,68	753	14,34	104	0,27
Cannabis	18-19	1020	92,14	8-3	7,50	4	0,36	334	89,30	33	8,82	7	1,87	1354	91,42	116	7,83	29	0,74
	20-24	1581	86,96	225	12,38	12	0,66	683	84,43	109	13,47	17	2,10	2264	86,18	334	12,71	29	1,10
	25 o más	655	89,73	64	8,77	11	1,51	332	80,58	73	17,72	7	1,70	987	86,43	137	12,00	18	1,58
	Total	3256	89,08	372	10,18	27	0,74	1349	84,58	215	13,48	31	1,94	4605	87,71	587	11,18	58	1,10
Cocaína	18-19	1098	99,19	8	0,72	1	0,09	370	98,93	4	1,07	0	0,00	1468	99,12	12	0,81	1	0,07
	20-24	1795	98,73	23	1,27	0	0,00	791	97,78	16	1,98	2	0,25	2586	98,44	39	1,48	2	0,08
	25 o más	717	98,22	12	1,64	1	0,14	395	95,87	17	4,13	0	0,00	1112	97,37	29	2,54	1	0,09
	Total	3610	98,77	43	1,18	2	0,05	1556	97,55	37	2,32	2	0,13	5166	98,40	80	1,52	4	0,08
Estimulantes	18-19	1104	99,73	3	0,27	0	0,00	371	99,20	3	0,80	0	0,00	1475	99,59	6	0,41	0	0,00
	20-24	1805	99,28	11	0,61	2	0,11	804	99,38	4	0,49	1	0,12	2609	99,31	15	0,57	3	0,11
	25 o más	720	98,63	9	1,23	1	0,14	404	98,06	7	1,70	1	0,24	1124	98,42	16	1,40	2	0,18
	Total	3629	99,29	23	0,63	3	0,08	1579	99,00	14	0,88	2	0,13	5208	99,20	37	0,70	5	0,10
Inhalables	18-19	1105	99,82	2	0,18	0	0,00	372	99,47	2	0,53	0	0,00	1477	99,73	4	0,27	0	0,00
	20-24	1815	99,83	2	0,11	1	0,06	804	99,38	5	0,62	0	0,00	2619	99,70	7	0,27	1	0,04
	25 o más	729	99,86	1	0,14	0	0,00	409	99,27	3	0,73	0	0,00	1138	99,65	4	0,35	0	0,00
	Total	3649	99,84	5	0,14	1	0,03	1585	99,37	10	0,63	0	0,00	5234	99,70	15	0,29	1	0,02
Sedantes	18-19	1066	96,30	39	3,52	2	0,18	368	98,40	6	1,60	0	0,00	1434	96,83	45	3,04	2	0,14
	20-24	1707	93,89	100	5,50	11	0,61	784	96,91	23	2,84	2	0,25	2491	94,82	123	4,68	13	0,49
	25 o más	674	94,33	52	7,12	4	0,55	397	96,36	15	3,64	0	0,00	1071	95,78	67	5,87	4	0,35
	Total	3447	94,31	191	5,23	17	0,47	1549	97,12	44	2,76	2	0,13	4996	95,16	235	4,48	19	0,36
Alucinógenos	18-19	1081	97,65	26	2,35	0	0,00	365	97,59	8	2,14	0	0,27	1446	97,64	34	2,30	1	0,07
	20-24	1772	97,47	45	2,48	1	0,06	791	97,78	18	2,22	0	0,00	2563	97,56	63	2,40	1	0,04
	25 o más	722	98,90	8	1,10	0	0,00	398	96,60	14	3,40	0	0,00	1120	98,07	22	1,93	0	0,00
	Total	3575	97,81	79	2,16	1	0,03	1554	97,43	40	2,51	1	0,06	5129	97,70	119	2,27	2	0,04
Opiáceos	18-19	1105	99,82	2	0,18	0	0,00	374	100,00	0	0,00	0	0,00	1479	99,86	2	0,14	0	0,00
	20-24	1816	99,89	2	0,11	0	0,00	809	100,00	0	0,00	0	0,00	2625	99,92	2	0,08	0	0,00
	25 o más	730	100,00	0	0,00	0	0,00	412	100,00	0	0,00	0	0,00	1142	100,00	0	0,00	0	0,00
	Total	3651	99,89	4	0,11	0	0,00	1595	100,00	0	0,00	0	0,00	5246	99,92	4	0,08	0	0,00
Otras	18-19	1092	98,64	14	1,26	1	0,09	369	98,66	5	1,34	0	0,00	1461	98,65	19	1,28	1	0,07
	20-24	1793	98,62	23	1,27	2	0,11	795	98,27	13	1,61	1	0,12	2588	98,52	36	1,37	3	0,11
	25 o más	710	97,26	18	2,47	2	0,27	40-3	97,82	8	1,94	1	0,24	1113	97,46	26	2,28	3	0,26
	Total	3595	98,36	55	1,50	5	0,14	1567	98,24	26	1,63	2	0,13	5162	98,32	81	1,54	7	0,13

Edad	Mujeres						Hombres						Total						
	No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
18-19	2.408	77,06	707	22,62	10	0,32	935	73,97	328	25,95	11	0,87	3.333	75,94	1.035	23,38	21	0,48	
20-24	1.237	74,56	407	24,53	15	0,90	515	65,19	261	33,04	14	1,77	1.752	71,54	668	27,28	29	1,18	
25 o más	225	73,77	79	25,90	1	0,33	158	71,17	62	27,93	2	0,90	383	72,68	141	26,76	3	0,57	
Total	3.870	76,05	1.193	23,44	26	0,51	1.598	80,21	651	28,60	27	1,19	5.468	74,24	1.844	25,04	53	0,72	
Bebidas	2.782	89,02	319	10,21	24	0,77	1.063	84,10	192	15,19	9	0,71	3.845	87,61	511	11,64	33	0,75	
20-24	1.456	87,76	191	11,51	12	0,72	634	80,25	138	17,47	18	2,28	2.090	85,34	329	13,43	30	1,22	
25 o más	276	90,49	27	8,85	2	0,66	179	80,63	38	17,12	5	2,25	455	86,34	65	12,33	7	3,33	
Total	4.514	88,70	537	10,55	38	0,75	1.876	82,43	368	16,17	32	1,41	6.390	86,76	905	12,29	70	0,95	
Cannabis	18-19	2.896	92,67	136	4,35	3	0,10	1.156	91,46	92	7,28	16	1,27	4.142	94,37	228	5,19	19	0,43
20-24	1.555	93,73	95	5,73	3	0,54	709	89,75	72	9,11	6	1,14	2.264	92,45	167	6,82	18	0,73	
25 o más	286	93,77	16	5,25	3	0,98	192	86,49	28	12,61	2	0,90	478	90,70	44	8,35	5	0,95	
Total	4.827	94,85	247	4,85	15	0,29	2.057	90,38	192	8,44	27	1,19	6.884	93,47	439	5,96	42	0,57	
Cocaína	18-19	3.997	99,10	23	0,74	5	0,16	1.243	98,34	21	1,66	0	0,00	4.340	98,58	44	1,00	5	0,11
20-24	1.643	99,04	16	0,96	0	0,00	774	97,97	13	1,65	3	0,38	2.417	98,69	29	1,18	3	0,12	
25 o más	302	99,02	3	0,98	0	0,00	221	99,55	1	0,45	0	0,00	523	99,24	4	0,76	0	0,00	
Total	5.042	99,08	42	0,83	5	0,10	2.238	98,33	35	1,54	3	0,13	7.280	98,85	77	1,05	8	0,11	
Estimulantes	18-19	3.121	99,87	4	0,13	0	0,00	1.251	98,97	13	1,03	0	0,00	4.372	99,61	17	0,39	0	0,00
20-24	1.653	99,64	6	0,36	0	0,00	783	99,11	6	0,76	1	0,13	2.436	99,47	12	0,49	1	0,04	
25 o más	302	99,02	3	0,98	0	0,00	221	99,55	1	0,45	0	0,00	523	99,24	4	0,76	0	0,00	
Total	5.076	99,74	13	0,26	0	0,00	2.255	99,08	20	0,88	1	0,04	7.331	99,54	33	0,45	1	0,01	
Inhalables	18-19	3.123	99,94	2	0,06	0	0,00	1.257	99,45	7	0,55	0	0,00	4.380	99,79	9	0,21	0	0,00
20-24	1.659	100,00	0	0,00	0	0,00	783	99,11	6	0,76	1	0,13	2.442	99,71	6	0,24	1	0,04	
25 o más	304	99,67	1	0,33	0	0,00	221	99,55	1	0,45	0	0,00	595	99,62	2	0,38	0	0,00	
Total	5.086	99,94	3	0,06	0	0,00	2.261	99,34	14	0,62	1	0,04	7.347	99,76	17	0,23	1	0,01	
Sedantes	18-19	3.050	97,60	72	2,30	3	0,10	1.246	98,58	18	1,42	0	0,00	4.296	97,88	90	2,05	3	0,07
20-24	1.613	97,23	46	2,77	0	0,00	766	96,96	17	2,15	7	0,89	2.379	97,14	63	2,57	7	0,29	
25 o más	291	95,41	14	4,59	0	0,00	210	94,59	12	5,41	0	0,00	501	95,07	26	4,93	0	0,00	
Total	4.954	97,35	132	2,59	3	0,06	2.222	97,63	47	2,07	7	0,31	7.176	97,43	179	2,43	10	0,14	
Alucinógenos	18-19	3.093	98,98	32	1,02	0	0,00	1.237	97,86	26	2,06	1	0,08	4.330	98,66	58	1,32	1	0,02
20-24	1.642	98,98	17	1,02	0	0,00	777	98,35	12	1,52	1	0,13	2.419	98,78	29	1,18	1	0,04	
25 o más	301	98,69	4	1,31	0	0,00	217	97,75	5	2,25	0	0,00	518	98,29	9	1,71	0	0,00	
Total	5.036	98,96	53	1,04	0	0,00	2.231	98,02	43	1,89	2	0,09	7.267	98,67	96	1,30	2	0,03	
Opiáceos	18-19	3.122	99,90	3	0,10	0	0,00	1.263	99,92	1	0,08	0	0,00	4.385	99,91	4	0,09	0	0,00
20-24	1.650	99,46	9	0,54	0	0,00	788	99,75	1	0,13	1	0,13	2.438	99,55	10	0,41	1	0,04	
25 o más	303	99,34	2	0,66	0	0,00	221	99,55	1	0,45	0	0,00	524	99,43	3	0,57	0	0,00	
Total	5.075	99,72	14	0,28	0	0,00	2.272	99,82	3	0,13	1	0,04	7.347	99,76	17	0,23	1	0,01	
Otras	18-19	3.122	99,90	3	0,10	0	0,00	1.256	99,37	7	0,55	1	0,08	4.378	99,75	10	0,23	1	0,02
20-24	1.658	99,94	1	0,06	0	0,00	781	98,86	8	1,01	1	0,13	2.439	99,59	9	0,37	1	0,04	
25 o más	301	98,69	3	0,98	1	0,33	221	99,55	1	0,45	0	0,00	522	99,05	4	0,76	1	0,19	
Total	5.081	99,84	7	0,14	1	0,02	2.258	99,21	16	0,70	2	0,09	7.339	99,65	23	0,31	3	0,04	

Distribución y porcentaje total de participantes, por sexo y por grupo de edad, en función del nivel de intervención sugerida, por orden de riesgo, por el uso de cada sustancia psicoactiva, en la evaluación de 2019 (previo) y de 2021 (durante la pandemia por COVID-19).

APÉNDICE C

		2021						Total											
		Mujeres			Hombres			Total			Total								
Edad		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo		No requiere		Intervención breve		Tratamiento intensivo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabaco	18-19	271	29.11	66	38.60	2	40.00	78	25.41	23	34.85	1	100.00	349	28.19	89	37.55	3	50.00
	20-24	486	35.17	156	36.88	10	76.92	184	31.62	66	30.84	4	30.77	670	34.11	222	34.85	14	53.85
	25 o más	116	22.01	56	28.72	4	50.00	59	22.69	40	28.37	5	45.45	175	22.24	96	28.57	9	47.37
	Total	873	30.74	278	35.23	16	61.54	321	27.94	129	30.64	10	40.00	1194	29.93	407	33.64	26	50.98
Bebidas	18-19	287	28.76	48	48.00	4	44.44	89	27.22	12	27.27	1	33.33	376	28.38	60	41.67	5	41.67
	20-24	521	34.95	117	45.00	14	50.00	204	31.88	39	26.71	11	47.83	725	33.41	156	38.42	25	49.02
	25 o más	135	22.96	34	28.10	7	33.33	65	20.97	29	35.37	10	50.00	200	22.27	63	31.03	17	41.46
	Total	943	30.26	199	41.37	25	43.10	358	28.03	80	29.41	22	47.83	1301	29.62	279	37.05	47	45.19
Cannabis	18-19	298	29.22	38	45.78	3	75.00	92	27.54	8	24.24	2	28.57	390	28.80	46	39.66	5	45.45
	20-24	553	34.98	92	40.89	7	58.33	213	31.19	34	31.19	7	41.18	766	33.83	126	37.72	14	48.28
	25 o más	149	22.75	21	32.81	6	54.55	76	22.89	22	30.14	6	85.71	225	22.80	43	31.39	12	66.67
	Total	1000	30.71	151	40.59	16	59.26	381	28.24	64	29.77	15	48.39	1381	29.99	215	36.63	31	53.45
Cocaína	18-19	335	30.51	4	50.00	0	0.00	100	27.03	2	50.00	0	0.00	435	29.63	6	50.00	0	0.00
	20-24	639	35.60	13	56.52	0	0.00	247	31.23	6	37.50	1	50.00	886	34.26	19	48.72	1	50.00
	25 o más	172	23.99	4	33.33	0	0.00	96	24.30	8	47.06	0	0.00	268	24.10	12	41.38	0	0.00
	Total	1146	31.75	21	48.84	0	0.00	443	28.47	16	43.24	1	50.00	1589	30.76	37	46.25	1	25.00
Estimulantes	18-19	336	30.43	3	100.00	0	0.00	102	27.49	0	0.00	0	0.00	438	29.69	3	50.00	0	0.00
	20-24	646	35.79	4	36.36	2	100.00	252	31.34	1	25.00	1	100.00	898	34.42	5	33.33	3	100.00
	25 o más	171	23.75	4	44.44	1	100.00	100	24.75	3	42.86	1	100.00	271	24.11	7	43.75	2	100.00
	Total	1153	31.77	11	47.83	3	100.00	454	28.75	4	28.57	2	100.00	1607	30.86	15	40.54	5	100.00
Inhalables	18-19	339	30.68	0	0.00	0	0.00	102	27.42	0	0.00	0	0.00	441	29.86	0	0.00	0	0.00
	20-24	651	35.87	1	50.00	0	0.00	252	31.34	2	40.00	0	0.00	903	34.48	3	42.86	0	0.00
	25 o más	175	24.01	1	100.00	0	0.00	103	25.18	1	33.33	0	0.00	278	24.43	2	50.00	0	0.00
	Total	1165	31.93	2	40.00	0	0.00	457	28.83	3	30.00	0	0.00	1622	30.99	5	33.33	0	0.00
Sedantes	18-19	324	30.39	15	38.46	0	0.00	100	27.17	2	33.33	0	0.00	424	29.57	17	37.78	0	0.00
	20-24	597	34.97	47	47.00	8	72.73	243	30.99	10	43.48	1	50.00	840	33.72	57	46.34	9	69.23
	25 o más	154	22.85	20	38.46	2	50.00	96	24.18	8	53.33	0	0.00	250	23.24	28	41.79	2	50.00
	Total	1075	31.19	82	42.93	10	58.82	439	28.34	20	45.45	1	50.00	1514	30.30	102	43.40	11	57.89
Alucinógenos	18-19	325	30.06	14	53.85	0	0.00	101	27.67	1	12.50	0	0.00	426	29.46	15	44.12	0	0.00
	20-24	629	35.50	22	48.89	1	100.00	249	31.48	5	27.78	0	0.00	878	34.26	27	42.86	1	100.00
	25 o más	173	23.96	3	37.50	0	0.00	98	24.62	6	42.86	0	0.00	271	24.20	9	40.91	0	0.00
	Total	1127	31.52	39	49.37	1	100.00	448	28.83	12	30.00	0	0.00	1575	30.71	51	42.86	1	50.00
Opiáceos	18-19	337	30.50	2	100.00	0	0.00	102	27.27	0	0.00	0	0.00	439	29.68	2	100.00	0	0.00
	20-24	651	35.85	1	50.00	0	0.00	254	31.40	0	0.00	0	0.00	905	34.48	1	50.00	0	0.00
	25 o más	176	24.11	0	0.00	0	0.00	104	25.24	0	0.00	0	0.00	280	24.52	0	0.00	0	0.00
	Total	1164	31.88	3	75.00	0	0.00	460	28.84	0	0.00	0	0.00	1624	30.96	3	75.00	0	0.00
Otras	18-19	337	30.86	2	14.29	0	0.00	99	26.83	3	60.00	436	29.84	5	26.32	0	0.00	0	0.00
	20-24	641	35.75	10	43.48	1	50.00	247	31.07	6	46.15	1	100.00	888	34.31	16	44.44	2	66.67
	25 o más	169	23.80	5	27.78	2	100.00	102	25.31	2	25.00	0	0.00	271	24.35	7	26.92	2	66.67
	Total	1147	31.91	17	30.91	3	60.00	448	28.59	11	42.31	1	50.00	1595	30.90	28	34.57	4	57.14

Distribución del total de participantes, por sexo y por grupo de edad, que consintieron recibir consejo breve, en función del nivel de intervención sugerida por el orden de riesgo resultante del uso de cada sustancia psicoactiva; así, como el porcentaje que representa respecto al total de participantes que reportaron dicho consumo alguna vez en la vida; todo ello en la evaluación de 2021 (durante la pandemia por COVID-19).

Suicidio y pandemia, una realidad silenciosa. Abordaje del comportamiento suicida en el contexto de la pandemia por COVID-19

8

Paulina Arenas-Landgrave⁽¹⁾
Natalia Escobedo-Ortega⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado durante muchas décadas; sin embargo, debido al incremento que ha tenido en los últimos años, ha cobrado un especial interés, pues se ha convertido en un problema de salud pública. Actualmente, a nivel mundial cada año se suicidan cerca de 703 000 personas, mientras que en nuestro país la tasa es de 6.6 casos por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2020. El grupo de edad con más prevalencia de muertes por suicidio es el de 18 a 29 años, siendo los hombres quienes mayoritariamente mueren así (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, p. 63; OMS, 2022).

Con el propósito de comprender este fenómeno y desarrollar modelos de intervención efectivos, varios investigadores han propuesto distintas nomenclaturas. Aunque no existe una única definición del suicidio, la gran mayoría converge en describirlo como un acto voluntario, consciente e intencional que tiene como objetivo terminar con la propia vida; por lo general, es resultado de un malestar emocional o físico prolongado (Durkheim, 2006; Shneidman citado en Chávez-Hernández y Leeners, 2010, p. 358; Davis citado

(1) Facultad de Psicología.

en Silverman, 2006, p. 523; Quintanar, 2007, p. 10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 12).

De igual manera, el comportamiento suicida es un proceso multifactorial, complejo y dinámico que se conforma por conductas que incluyen la ideación, la planeación y el o los intentos, hasta llegar a la muerte. Cabe señalar que estas conductas no son secuenciales; es decir, una persona con riesgo de suicidio puede presentar varios intentos sin haber una planeación previa, o bien, puede estar presente la ideación sin que haya intentos.

Las causas relacionadas con las muertes por suicidio son muy variadas. La literatura científica indica que existen múltiples factores de riesgo asociados, es decir, no hay una característica o evento que por sí mismo detone este comportamiento, sino que suele darse en respuesta a las situaciones por las que atraviesa un individuo. No obstante, las causas más comunes suelen ser problemas en las relaciones interpersonales (de pareja, familiares, con pares, en la escuela/trabajo), enfermedades físicas o trastornos mentales, pérdidas recientes y significativas (ya sea de alguna persona o de bienes materiales), maltrato físico o psicológico, abuso sexual y desempleo, entre otros (Martín del Campo et al., 2013, p. 200; Pemjean et al., 2013, pp. 28-30; Chávez-Hernández et al., 2015, p. 47).

Que estas situaciones confluyan o se presenten varias en un individuo no significa necesariamente que este presentará riesgo de suicidio; ello también está mediado por el contexto asociado a la presencia de factores de protección y de riesgo. Entre los factores de riesgo más frecuentes se pueden mencionar los personales (desesperanza, dolor psicológico, rigidez cognitiva), los biológicos, los sociales/familiares (ambiente invalidante, pocas redes de apoyo, desventaja económica), poco temor a la muerte, suicidios cercanos, acceso y disponibilidad de los métodos, así como enfermedades físicas o mentales (Quintanilla et al., 2006, p. 146; Chávez-Hernández et al., 2011, p. 31; Vera y Díaz, 2012, p. 363; Yomaira, 2021, p. 2; Pemjean et al., 2013, p. 21; Bedoya y Montaña, 2016, p. 182; Góngora, 2019, p. 65; OMS, 2001, p. 32; OMS, 2022).

En contraste, los factores de protección más comunes son sentimientos de autoeficacia, estrategias de afrontamiento funcionales, apoyo social

efectivo, tener relaciones sociales sólidas, poseer animales domésticos, creencias religiosas o espirituales, contar con apoyo familiar, estar en tratamiento médico o psicológico, mantener una rutina y tener estabilidad económica (Rivera-Heredia y Andrade, 2006, p. 28; OMS, 2001, p. 2; OMS, 2014, p. 44).

Aunque la mayoría de los suicidios son prevenibles, la estigmatización sobre los trastornos mentales y el suicidio, así como los mitos que hay en torno a este fenómeno, ocasionan que muchas de las personas que están en riesgo no pidan ayuda, por lo que es necesario informar y sensibilizar a la comunidad para superar el estigma, además de brindar acciones oportunas y eficaces desde el primer nivel de atención comunitario (OMS, 2014, p. 7). De igual manera, es responsabilidad de los profesionales de la salud desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a disminuir el riesgo de suicidio que tengan fundamentos clínicos y científicos, y que sean accesibles para toda la población. A continuación, se abordarán los temas relacionados.

SUICIDIO

Definición

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado durante cientos de años, pero, aunque ha sido el tema central de gran cantidad de investigaciones, no existe una nomenclatura específica para referirse a este concepto (Góngora, 2019, p. 55).

Diversas organizaciones y autores han propuesto definiciones y términos que tratan de abordar de manera exhaustiva el estudio del suicidio con la intención de ofrecer una definición completa y facilitar su comprensión. En este capítulo se pretende abordar las más usadas en el campo de investigación y que tienen mayor evidencia empírica.

Se podría considerar que la publicación de Émile Durkheim (2006) fue el inicio de la investigación cuantitativa en el campo del suicidio (Rangel y Jurado, 2022, p. 40). Durkheim (2006) define el suicidio como todos los casos de muerte que resultan directa o indirectamente de un acto positivo o

negativo, llevado a cabo por la víctima misma y que tiene como propósito terminar con su vida.

Además de la definición de Durkheim, a lo largo del tiempo han surgido varias más, por ejemplo, Menninger (citado en Rodríguez et al., 1990, p. 376) estableció que el suicidio es un asesinato cometido por uno mismo e involucra tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser asesinado y el deseo de morir.

Para Shneidman (citado en Chávez-Hernández y Leeners, 2010, p. 358), considerado el padre de la suicidología contemporánea, el suicidio es el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución para eliminar ese malestar.

Por su lado, Davis (citado en Silverman, 2006, p. 523) planteó que el suicidio es un acto intencional y autoinfligido que amenaza la vida de un individuo que no desea seguir vivo; en esta definición se destacan dos características esenciales: la letalidad y la intencionalidad. Mientras que Silverman y Maris (1995, p. 12) vieron el suicidio como una muerte provocada por actos o comportamientos intencionales y autoinfligidos, y asimismo enfatizaron que no es una enfermedad.

Quintanar (2007, p. 10) apunta que suicidarse es la acción de quitarse la vida voluntaria y deliberadamente, por medio de un método directo o por el rechazo de un tratamiento indispensable para vivir. Valdivia (2015, p. 30) coincide con algunos elementos y menciona que el suicidio es una autoagresión voluntaria e intencional que tiene como objetivo final la muerte; añade que esta autoagresión es la expresión final de un proceso de características dinámicas, continuas y de tiempo indeterminado.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona con la intención de un resultado fatal; esta institución también desarrolló el concepto de comportamiento suicida, al cual define como una serie de conductas que engloban la ideación, planeación, el intento y la muerte por suicidio (OMS, 2014, p. 12).

Aunque son varias las definiciones desarrolladas a lo largo del tiempo, la mayoría coincide en aspectos elementales, entre los que destacan que el suicidio es un acto voluntario e intencional cuya finalidad es terminar con la propia vida, y que generalmente es resultado de un malestar emocional prolongado.

Considerando este último elemento, el malestar emocional asociado, y con base en el objetivo de este capítulo, resaltaremos una definición que sea reconocida dentro del campo de la investigación clínica y pueda ser aplicada en la mayoría de los contextos donde se considere la atención al comportamiento suicida como estrategia central para evitar las muertes, pero, en especial, para coadyuvar al entendimiento de cómo la experiencia de dolor emocional en el individuo se relaciona con el comportamiento suicida, entendido como un estilo de resolución de problemas con base en la evitación (Chiles et al., 2019, p. 72).

Comportamiento suicida

El comportamiento suicida es un proceso complejo y dinámico en el que interactúa una serie de conductas orientadas a la evitación emocional (Reyes y Strosahl, 2020, p. 66). Las conductas van desde la ideación, la planeación, el o los intentos suicidas, hasta la muerte por suicidio. Cabe señalar que a lo largo de este proceso interactúan pensamientos, emociones y acciones que derivan en la comunicación o acción de un acto autodestructivo.

Al igual que con la definición sobre suicidio, no existe una nomenclatura universal para lo antes mencionado (Anseán, 2014, p. 23). Sin embargo, hay algunas definiciones que tienen mayor aceptación en el campo de la investigación de este fenómeno. A continuación, se describen de manera breve las conductas que conforman el comportamiento suicida:

- **Ideación:** se refiere al componente cognitivo, el cual engloba los pensamientos, ideas y fantasías autodestructivas que una persona tiene sobre realizar un acto suicida (Valdivia, 2015, p. 30). Las ideas sobre la

muerte pueden ser concretas y claras respecto al deseo específico de morir, o bien, ambiguas y sin un deseo específico de morir, por ejemplo, “quisiera no despertar”. (Turecki et al., 2019, p. 2)

- Planeación: se trata de un plan estructurado en el cual ya hay una propuesta de método para llevar a cabo la conducta suicida. (Benjet, 2009, p. 237; Valdivia, 2015, p. 31)
- Intento: son acciones autolesivas cuya intención es terminar con la vida, pero sin un resultado de muerte. Dichas acciones demuestran que la persona tenía intención de morir, sin lograrlo, por lo que pueden ser empleadas con el objetivo de pedir ayuda. (Quintanilla et al., 2003; OMS, 2006; De la Garza, 2008)
- Suicidio: se trata de la muerte por una conducta autoagresiva voluntaria, con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía la intención de terminar con su vida. (Mardomingo y Zamora, 1994, p. 499; Turecki et al., 2019, p. 2)

Aunque a lo largo de los años han surgido otros conceptos, como “gesto suicida”, “amenaza suicida”, “conducta parasuicida” y “suicidio consumado”, han entrado en desuso debido a las revisiones que se han hecho, en las cuales se ha concluido que tienen una connotación peyorativa (Silverman et al., 2007, p. 253).

Modelos explicativos del suicidio

Entender el fenómeno del suicidio no es tarea sencilla. A través de los años se han buscado explicaciones desde diferentes áreas y enfoques, dentro y fuera de la psicología, como las explicaciones biológica, filosófica, social, la perspectiva cognitivo conductual y los enfoques familiares, entre otros. A continuación, se presentan en orden de aparición aquellos modelos que han mostrado mayores evidencias científicas.

La *teoría de la desesperanza* de Beck considera que el sentimiento de desesperanza e impotencia es el principal impulsor de la conducta suicida

(Ordóñez, 2021, p. 39). Este postulado consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés y establece que las personas con estilos inferenciales negativos (la vulnerabilidad) son más propensas a desarrollar síntomas depresivos cuando experimentan sucesos vitales negativos (el estrés), que quienes no poseen dichos estilos (Abramson et al., 1997, p. 212).

La *teoría biosocial* de Linehan (1993, p. 15) propone que las conductas autolesivas con y sin intencionalidad suicida son problemáticas que presentan los consultantes que tienen una alta desregulación emocional, entendida como la incapacidad para regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando es necesario (Koerner, 2012, p. 4). Esta desregulación es resultado de la interacción de una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante (De la Vega y Sánchez, 2013, p. 46). La vulnerabilidad emocional se refiere a componentes de origen biológico, como factores genéticos, eventos intrauterinos o sucesos traumáticos tempranos, que cambian la morfología del cerebro; además, se caracteriza por una alta sensibilidad a los estímulos, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la calma (Linehan, 1993, p. 43; Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 34). En tanto, el ambiente invalidante es un contexto que responde inapropiadamente a las experiencias privadas y minimiza o reacciona de manera extrema a la comunicación de pensamientos y emociones (Linehan, 1993, p. 49; Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 36).

Partiendo de estos postulados, las conductas problema son estrategias aprendidas de regulación del sufrimiento emocional, es decir, tienen la función de regular emociones intensas y aliviar de alguna forma el malestar (Boggiano y Gagliesi, 2018, p. 32). De este modo, las conductas suicidas son una forma efectiva de extinguir la experiencia emocional negativa intensa y prolongada debido a entornos invalidantes (Ordóñez, 2021, p. 40).

La *teoría interpersonal del suicidio* propuesta por Joiner postula que el comportamiento suicida se puede explicar por la interacción de tres factores: la falta de pertenencia social, la percepción de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para el suicidio. La falta de pertenencia social es un estado cognitivo-afectivo dinámico que fluctúa con el tiempo y surge cuando no se logra formar parte de una red social de apoyo. Dentro de esta variable

hay dos constructos subordinados que se relacionan con la ideación suicida: la sensación de soledad y la ausencia de relaciones afectivas recíprocas (Van Orden et al., 2010, p. 9; Valdés et al., 2020, p. 174; Espinosa et al., 2021, p. 29). El segundo factor es la percepción de ser una carga, la cual tiene dos componentes importantes: la idea de no ser útil para los demás y el odio a sí mismo; algunas situaciones, como estar desempleado, tener conflictos familiares o una enfermedad física, pueden provocar este sentimiento (Van Orden et al., 2010, p. 12; Valdés et al., 2020, p. 175; Espinosa et al., 2021, 30).

Esta teoría también señala que no todos los individuos que presentan ideación mueren por suicidio, y esto es porque existen quienes sí desarrollan la capacidad para efectuarlo. La potencialidad de morir por suicidio se desarrolla cuando la persona se expone constantemente a situaciones dolorosas a lo largo del tiempo (lesiones graves, abuso sexual, peleas físicas o situaciones de riesgo), condiciones que generan una ausencia de miedo a la muerte que, si se suman a una alta tolerancia al dolor, incrementan la capacidad para morir por suicidio (Valdés et al., 2020, p. 175; Reyes y Strosahl, 2020, p. 65).

El *modelo integral motivacional-volitivo de la conducta suicida* de O'Connor enmarca los factores que originan la ideación suicida y también los que regulan la transición de la ideación a la conducta. Se basa en el modelo de diátesis-estrés y plantea que para que alguien llegue a morir por suicidio es necesario que pase por tres fases: premotivacional, motivacional y volitiva. La fase premotivacional está conformada por la triada diátesis-ambiente-eventos vitales; esto significa que la gente puede presentar características individuales o psicológicas que acentúan el impacto que tendrían los acontecimientos vitales negativos o los contextos sociales adversos; todos los factores premotivacionales aumentan el riesgo (Ordóñez, 2021, p. 49). En la segunda fase (la motivacional) aparecen la ideación y la intención suicidas, que son una reacción derivada de una situación en donde la persona se percibe como derrotada/humillada; si además se siente atrapada, es decir, sin la posibilidad de escapar de ese malestar, emerge la intención de acabar con la propia vida como única vía de escape. Finalmente, la fase volitiva se centra en los moderadores que regulan la transición de la ideación a la conducta

suicida; pueden ser ambientales, sociales o psicológicos (Valdés et al., 2020, p. 175; Ordoñez et al., 2021, 18). Esta teoría postula que los factores que predisponen al suicidio operan interrelacionados con los antecedentes de vida y los eventos desencadenantes, que pueden llevar a un individuo a desarrollar ideación, intentos o suicidios consumados, ya que siente que el suicidio es la única salida que tiene para terminar con el malestar que le causan dichas situaciones. Tal creencia se refuerza con evaluaciones de derrota y humillación ante otras alternativas de solución (Valdés et al., 2020, p. 176).

La *teoría de los tres pasos* de Klonsky postula que la ideación suicida progresa hacia el intento a través de tres estadios. El primero (desarrollo de la ideación suicida) sugiere que el dolor (principalmente psicológico) y la desesperanza son los precursores de la ideación suicida (Klonsky et al., 2017, p. 8). El segundo paso (ideación fuerte versus moderada) establece que la ideación suicida puede escalar en intensidad cuando el grado de conexión con personas, proyectos y objetivos es superado por el dolor (Klonsky et al., 2015, p. 315). En el tercer paso se sugiere que las personas progresan de la ideación a la acción cuando tienen la capacidad de hacerlo, misma que está mediada por tres tipos de factores: disposicionales (son factores genéticos, como el umbral alto al dolor), adquiridos (son aquellos que contribuyen a la habilidad de superar el miedo a la muerte, como la capacidad adquirida de la teoría interpersonal) y prácticos (son los que facilitan el intento de suicidio, como el acceso a los medios) (Ordoñez, 2021, p. 53).

Por su parte, el *modelo biopsicosocial del riesgo de suicidio* de Turecki et al. (2019) explica el riesgo como resultado de la interacción de factores distales o predisponentes, de desarrollo y proximales o precipitantes, los cuales se clasifican según su relación temporal con el suicidio. Los factores distales son los que aumentan el riesgo individual para la posterior vulnerabilidad a los factores proximales, como la predisposición familiar y la genética, y las experiencias sociales negativas durante los periodos críticos del desarrollo, como negligencia o abuso físico o sexual durante la infancia (Turecki et al., 2019, p. 4). Aunque los factores distales contribuyen bastante al riesgo de suicidio, su relación con la conducta suicida está mediada por factores de desarrollo que pueden resultar, en parte, de los factores preexistentes; estos aumentan la

vulnerabilidad de las respuestas desadaptativas ante los factores proximales, incrementando así el riesgo de ideación o conducta suicida. Entre los factores de desarrollo descritos, hay algunos rasgos de personalidad, como la ansiedad y los impulsivos-agresivos, y ciertos déficits cognitivos, como dificultad para resolver problemas, deterioro de la memoria y disminución del pensamiento positivo a futuro (Turecki et al., 2019, p. 5; Mendoza et al., 2021, p. 416). Los factores predisponentes se asocian proximalmente con la conducta suicida y se consideran sus facilitadores; ejemplos son el dolor psicológico considerado como insoportable, los trastornos psiquiátricos, principalmente el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias y la esquizofrenia; algunos factores socioeconómicos, ambientales y otros contextuales, como el acceso a los medios más letales (Turecki et al., 2019, p. 6).

El modelo del comportamiento suicida con base en el aprendizaje (Chiles et al., 2019, p. 67; Reyes y Strosahl, 2019, p. 63) es un modelo clínico que se aproxima al entendimiento del comportamiento suicida como una estrategia de regulación emocional y resolución de problemas orientada a la evitación y al escape de un intenso malestar emocional, y como un método para cambiar situaciones de vida estresantes. Aporta las bases para un abordaje clínico sobre el riesgo de suicidio que integra la evaluación del comportamiento suicida con la forma de intervenir ante este.

PREVALENCIA DE LAS MUERTES POR SUICIDIO

Prevalencia mundial

El suicidio es un fenómeno que ocurre en todo el mundo; sin embargo, en las últimas décadas ha ido en aumento, por lo que ha despertado el interés de organizaciones internacionales que buscan conocer su prevalencia, los métodos empleados y las características alrededor de este comportamiento.

Actualmente, la OMS (2022) considera al suicidio un problema grave de salud pública a nivel mundial que puede ser prevenible. De acuerdo con esta

organización, en el mundo cada año se suicidan cerca de 703 000 personas y muchas más intentan hacerlo; cabe señalar que este fenómeno afecta especialmente a población joven: en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el orbe (OMS, 2022).

Asimismo, el suicidio no solo se da en países de altos ingresos, sino que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más de 77 % de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2022).

Prevalencia nacional

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022, p. 62) reportó que en 2021 se registraron 8 447 suicidios, lo que representa una tasa de 6.6 casos por cada 100 000 habitantes, superior a la registrada en 2020, que fue de 6.2.

Las estadísticas sobre la edad en que se presentan más suicidios coinciden con los datos a nivel mundial. En México el porcentaje es más alto en los grupos de edad de 15 a 24 y de 25 a 34, ya que representan el 24.5 % y 27.3 %, respectivamente (INEGI, 2022, p. 64). En cuanto al sexo, los hombres presentan una tasa más elevada, de 11 fallecimientos por cada 100 000; es decir, alrededor de 6 863 decesos anuales, mientras que en las mujeres este fenómeno ocurre en 2.4 de cada 100 000, lo que corresponde a 1 570 muertes anuales (INEGI, 2022, p. 62).

Finalmente, las entidades con mayor tasa de fallecimientos por lesiones autoinfligidas son Chihuahua, con 15.2; Yucatán, con 14.5, y Aguascalientes, con 12 (INEGI, 2022, p. 63).

En cuanto a la población universitaria, los resultados del Examen Médico Automatizado (EMA, 2022) arrojaron que, de un total de 39 248 estudiantes a los que se les aplicó, 3.6 % refirieron riesgo de suicidio, siendo más elevado en mujeres (5.2 %) que en hombres (1.8 %).

Epidemiología

Pemjean et al. (2013, pp. 28-30) dividen las causas más comunes que están vinculadas con los intentos de suicidio en función de la etapa de vida de las personas. Entre los motivos más frecuentes que pueden desencadenar el comportamiento suicida infantil destacan: acontecimientos dolorosos (el divorcio de los padres, la muerte de figuras significativas, abandono); maltrato físico, negligencia, abuso emocional y sexual; convivir con un enfermo mental como único pariente; problemas escolares; llamadas de atención humillantes por parte de figuras significativas, ya sea en público o en privado; deseo de reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional; buscar llamar la atención, al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas; y desear agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, por lo general las madres y los padres.

Por otro lado, durante la adolescencia, entre las situaciones que podrían detonar conductas suicidas se encuentran las siguientes: decepciones amorosas y relaciones tormentosas; malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o profesores); problemas familiares; embarazo no deseado; acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas; pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono; problemas escolares y en el desempeño académico; *bullying*; aceptación del suicidio como solución de los problemas; presión del grupo de morir por suicidio bajo determinadas circunstancias; padecer una enfermedad física o mental grave; infecciones de transmisión sexual; ser víctima de desastres naturales, violencia, violación o abuso sexual; e incumplir con las expectativas de figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

En México, los principales motivos por los que los adolescentes intentan quitarse la vida son: problemas familiares; soledad, tristeza y depresión; enojo o coraje; incompreensión de la familia; conflictos con amigos; falta de oportunidades académicas y laborales; fracaso académico; violencia intrafamiliar; problemas con la pareja; y acoso escolar o *bullying* (Chávez-Hernández et al., 2015, p. 47; Martín del Campo et al., 2013, p. 200). En un estudio reciente se encontró que la exposición a varios eventos traumáticos, como violencia

y abuso sexual, entre otros, era un predictor importante para la ideación y el intento suicida (Borges et al., 2021, p. 175).

En la vida adulta las situaciones que pueden llevar a un intento de suicidio son: desempleo (durante el primer año); en determinadas culturas machistas, tener una esposa competitiva; escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etcétera); quiebras financieras; hospitalización psiquiátrica reciente y egreso hospitalario por enfermedad mental grave.

Finalmente, durante la vejez las causas relacionadas con un intento de suicidio son: periodo inicial de la institucionalización; viudez durante el primer año en el hombre, y durante el segundo año en la mujer; estar sometido a maltratos físicos y psicológicos; enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico) y conciencia de la pérdida de las facultades mentales.

Métodos empleados

Por lo general, el método utilizado para morir por suicidio depende de su disponibilidad y acceso (Cortés et al., 2019, p. 4).

Los métodos más empleados a nivel mundial son el ahorcamiento, la intoxicación voluntaria por plaguicidas y los disparos con armas de fuego (OMS, 2019). Se estima que alrededor de 20 % de los suicidios se realizan por autointoxicación con plaguicidas, la mayoría en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2022).

Con respecto al método más empleado en nuestro país, que es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, representa 85.2 % del total de muertes por suicidio. Le sigue el disparo con arma de fuego, que constituye el 6.1 % del total, siendo el segundo método más común en hombres (10.1 %) y el tercero en mujeres (4.2 %). Por su parte, la autointoxicación con plaguicidas, que conforma el 5.3 % del total, es el segundo método más común en mujeres, mientras que en hombres representa el tercero (3 %) (Borges et al., 2010: 296, 297; INEGI, 2005, 2011 y 2022, p. 64).

Cabe señalar que, en lo general, los hombres suelen usar métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación de lugares elevados),

mientras que las mujeres tienden a utilizar métodos más pasivos y a realizar cortes con objetos punzocortantes o la sobreingesta de fármacos (Tuesca y Navarro, 2003, p. 24; Pemjean et al., 2013, p. 21).

FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO

El suicidio está inmerso en un contexto específico, por lo que cada intento o muerte es distinto. No obstante, mucha de la investigación que hay en torno al tema busca identificar los factores comunes en la vida de los individuos que los pongan en riesgo de realizar alguna conducta suicida, así como los que los puedan proteger de ese riesgo.

Conocer los factores de riesgo es de suma importancia, ya que permite al clínico explorar determinadas áreas en la vida de la persona para estar alerta frente a posibles situaciones que pongan en riesgo su vida. La identificación de estos factores permite fortalecer estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio (Tuesca y Navarro, 2003, p. 21). De igual manera, es importante conocer los factores de protección, ya que así el clínico puede trabajar en su promoción.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se definen como aquellos rasgos o características que aumentan la probabilidad de desarrollar un resultado adverso; son detectables en una persona o un grupo y se asocian con un cierto tipo de daño a la salud (Senado, 1999, p. 449; OMS, 2002, p. 12). En el caso del suicidio, los factores de riesgo son aquellos que determinan una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas. Algunas de las variables que han recibido mayor atención son la depresión, la desesperanza, problemas familiares y académicos (Buendía et al., 2004, p. 34).

Por lo general, las investigaciones sobre los factores de riesgo asociados al suicidio se llevan a cabo por grupos de edad, es decir, se han identificado

factores de riesgo para niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Sin embargo, con el objetivo de hacer más sencillo el estudio de dichos factores, se describirán los más comunes para estas poblaciones y se dividirán en tres categorías: sociodemográficos, biopsicosociales y ambientales (Pemjean et al., 2013, p. 21).

Los *factores sociodemográficos* hacen referencia a aspectos como edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, nivel socioeconómico y situación ocupacional, así como la pertenencia a una minoría. En cuanto a la edad, se ha encontrado que el riesgo de suicidio aumenta conforme a esta; sin embargo, el mayor riesgo se ubica en adultos jóvenes de 18 a 29 años (Mejía et al., 2011, p. 19; INEGI, 2021). De igual manera, se sabe que los hombres presentan una tasa de suicidio tres veces mayor que las mujeres, aunque ellas realizan tres veces más intentos que ellos (Mejía et al., 2011, p. 19; Pemjean et al., 2013, p. 21). En cuanto al lugar de residencia y el nivel socioeconómico, se ha observado que los suicidios son más frecuentes en sectores urbanos, así como en la población desempleada y con un menor nivel cultural (Mejía et al., 2011, p. 19; Pemjean et al., 2013, p. 21). En torno al estado civil, las personas que están divorciadas, separadas o viudas tienen un mayor riesgo de desarrollar una conducta suicida. Finalmente, en cuanto a la pertenencia a una minoría, las tasas de suicidio son altas en grupos vulnerables y discriminados, como los refugiados, migrantes, pueblos indígenas, miembros de la comunidad LGBTTTIQ+ y las personas privadas de la libertad (OMS, 2022).

Por otro lado, los *factores biopsicosociales* se refieren a la presencia de trastornos mentales, intentos de suicidio previos, antecedentes familiares de suicidio, rasgos de personalidad, historia de trauma o abuso sexual, algunas enfermedades físicas importantes y desesperanza.

La presencia de una alteración mental por sí sola no puede explicar el comportamiento suicida, el contexto importa; sin embargo, el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales ha sido reportado en países de altos ingresos (OMS, 2022; Yomaira, 2021, p. 2). Entre los trastornos mentales que se han asociado con mayor frecuencia a los intentos de suicidio se encuentran depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia,

somatización y trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa (Vera y Díaz, 2012, p. 363; Bedoya y Montaña, 2016, p. 182). De acuerdo con Yomaira (2021, p. 7), los pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor presentan un alto porcentaje de realizar intentos de suicidio, en comparación con otras condiciones.

Quienes han tenido intentos de suicidio previos ostentan mayor riesgo de un intento posterior o de muerte por suicidio, principalmente en los primeros seis a doce meses (Pemjean et al., 2013, p. 22). Las personas con intentos previos tienen un riesgo de consumación mayor al de la población general durante el año siguiente al evento; asimismo, se pueden provocar lesiones físicas a largo plazo, causando gran sufrimiento a nivel psicológico (Pemjean et al., 2013, p. 22; Borges et al., 2012, p. 595).

Los antecedentes familiares de suicidio constituyen uno de los indicadores más intensos de riesgo; están presentes tanto en adolescentes como en adultos (Antón-San-Martín et al., 2013, p. 813). Este factor se considera de riesgo por el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre 10 y 15 % de quienes intentan suicidarse consuman el suicidio posteriormente (Pérez et al., 1997, p. 9).

Se han vinculado algunos rasgos de personalidad con el riesgo de suicidio, entre ellos cabe mencionar la impulsividad, conductas agresivas u hostilidad (hacia sí mismos y los demás), irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, alta sensibilidad al estrés (neuroticismo), en combinación con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y la fantasía, y desesperanza, definida como pesimismo o falta de objetivos positivos acerca del futuro (Quintanilla et al., 2006, p. 146; Pemjean et al., 2013, p. 22; Góngora, 2019, p. 65). Cabe destacar que muchos intentos de suicidio se dan en individuos que los realizan impulsivamente ante situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida, como problemas económicos, rupturas de relaciones o dolores y enfermedades crónicos, está mermada (OMS, 2022).

Individuos con algunas enfermedades físicas, como cáncer, insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, entre otras, tienen tasas más elevadas de suicidio que la población general (Pemjean et al., 2013, p. 22).

Por último, los *factores ambientales* aluden a situaciones o condiciones del contexto, como dificultades económicas (pérdida del trabajo, desempleo, etcétera), disponibilidad y fácil acceso a medios letales para terminar con la vida, falta de apoyo social y sensación de aislamiento (falta de relaciones significativas, conflictos interpersonales), escasa disponibilidad de los servicios de salud (en especial de salud mental) y algunas creencias culturales que romantizan el suicidio (Pemjean et al., 2013, p. 23). Además, vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos, el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda y la notificación inapropiada por los medios de difusión y uso de redes sociales pueden generar conductas suicidas (OMS, 2001, p. 32; OMS, 2022).

Existen otras clasificaciones, como la de Chávez-Hernández et al. (2011, p. 31), que agrupan los factores de riesgo en categorías:

Personales: engloban aspectos como abuso de alcohol o drogas, pérdida de relaciones significativas, dificultad para socializar, sentimientos de ineficacia y desesperanza, mitos sobre el suicidio, enfermedades terminales, embarazo no deseado, entre otros.

Conductuales: incluyen los intentos de suicidio, agresividad, atracción por el tema de muerte.

Familiares: se refieren a la historia familiar de suicidio, cambios importantes en la familia, consumo de alcohol o drogas en la familia, relaciones distantes, violencia intrafamiliar, abuso físico, emocional o sexual.

Medioambientales: aislamiento social, falta de acceso a servicios de ayuda, muertes inesperadas o suicidios de personas cercanas, estigma relacionado con la búsqueda de apoyo, altos niveles de estrés y de violencia.

Factores de protección

Los factores de protección se han definido como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que hacen posible tener una vida sana; resultan de una combinación entre atributos personales y los ambientes familiar, social y

cultural (Andrade et al., 2010, p. 8). En torno al suicidio, los factores protectores son aquellas variables o atributos que disminuyen la probabilidad de aparición del suicidio o de otras conductas relacionadas con este.

Entre los factores protectores más frecuentes que se han observado están los estilos de afrontamiento positivos, la esperanza, la autoeficacia, el apoyo social y la efectividad en la obtención de los recursos materiales, así como hacer uso de redes de apoyo y solicitar ayuda cuando es necesario (Rivera-Heredia y Andrade, 2006, p. 28). Los resultados de estas investigaciones concuerdan con lo que reporta la OMS (2001, p. 2; 2014, p. 44), que clasifica los principales factores que brindan protección contra el comportamiento suicida en tres grupos:

- Patrones familiares: una buena relación con los miembros de la familia y apoyo familiar son factores de protección importantes.
- Estilo cognitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, relaciones sociales sólidas, confianza en sí mismo, búsqueda de ayuda y apoyo ante dificultades y el uso de estrategias de afrontamiento que promuevan bienestar.
- Factores culturales y sociodemográficos: creencias religiosas o espirituales, poseer animales domésticos y estar en tratamiento médico o psicológico.

ATENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Barreras

A pesar de que los suicidios son prevenibles, la estigmatización sobre los trastornos mentales y el suicidio ocasiona que muchas de las personas que presentan riesgo sientan que no pueden pedir ayuda, lo que constituye una de las principales barreras en su atención (OMS, 2014, p. 7).

Mitos y realidades acerca del suicidio

La mayoría de las ocasiones, el estigma hacia el suicidio está vinculado con la presencia de mitos a su alrededor. A continuación, se presentan algunos de los mitos más comunes, así como la realidad de estos (Pérez, 2005, pp. 387-392; OMS, 2014, pp. 15, 29, 43, 47, 53 y 65).

1. Mito: quienes hablan de suicidio no tienen la intención de hacerlo.
Realidad: quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo ayuda de esta manera. De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos mediante palabras o cambios de conducta.
2. Mito: las personas que han intentado suicidarse no lo volverán a intentar.
Realidad: las personas que han intentado suicidarse tienen mayor probabilidad de repetir la conducta hasta lograrlo.
3. Mito: la mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa y no se pueden prevenir.
Realidad: la mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual.
4. Mito: el suicida está decidido a morir.
Realidad: las personas que se suicidan suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso a apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.
5. Mito: quien ha sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo.
Realidad: el mayor riesgo de suicidio suele ocurrir después de los tres primeros meses tras la crisis emocional. Entre 1 y 2 % de quienes intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre 10 y 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Aunque la ideación puede regresar, no es permanente.
6. Mito: solo las personas con trastornos mentales se suicidan.
Realidad: el comportamiento suicida indica un malestar emocional profundo, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no presentan

comportamiento suicida, y no todas las que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

7. Mito: hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo.

Realidad: debido al estigma que hay alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan esta alternativa no saben a quién recurrir. Hablar abiertamente sobre el suicidio puede dar a alguien otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.

8. Mito: el suicida desea morir.

Realidad: la persona que contempla el suicidio está en una posición ambivalente, es decir, desea morir mientras su vida continúe de la misma manera y desea vivir si se producen cambios en ella.

9. Mito: las personas que se suicidan están “locas”.

Realidad: las personas que se suicidan no están locas, pensar eso solo las etiqueta y enjuicia.

Oportunidades

No hay que olvidar que, aunque el suicidio es un comportamiento que ha ido incrementando su frecuencia en las últimas décadas de manera considerable, en la mayoría de los casos es prevenible, por lo que se requiere desarrollar e implementar estrategias de intervención que consideren diversos niveles de atención, que funcionen como una red articulada que aproveche mejor los recursos disponibles, para así atender las necesidades de la población y disminuir la prevalencia de este fenómeno (Arenas et al., 2019a, p. 2).

Como ya se mencionó, el estigma asociado al suicidio y a los trastornos mentales representa una de las principales barreras para brindar atención oportuna (OMS, 2022), por lo que una acción sugerida para disminuir esta brecha en materia de salud mental es aumentar la sensibilidad de la sociedad y superar los tabús, para así poder brindar acciones eficaces desde el primer nivel de atención,

lo cual puede lograrse con el fortalecimiento de la atención primaria en diversos contextos, como el sanitario y el escolar (Arenas et al., 2019a, p. 2).

Con respecto a las estrategias dentro del contexto sanitario, instancias de salud pública en colaboración con instituciones educativas desarrollaron vínculos para capacitar, supervisar y dar seguimiento al personal de salud mental de primer nivel que atiende casos con comportamiento suicida y que formaba parte de brigadas que brindaron atención telefónica a la población en general. Asimismo, estas estrategias tienen como objetivo adicional el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud, lo cual es una gran oportunidad para que se sigan capacitando y formando en el manejo del comportamiento suicida.

**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS
UNIVERSITARIOS ANTE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA,
ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA
POR COVID-19: EXPERIENCIAS DESDE LA UNAM**

Con respecto a la educación sobre el suicidio y su prevención en el contexto escolar, particularmente en el ámbito universitario, la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del Programa de Atención para Depresión y Riesgo de Suicidio (PADYRS), en colaboración estrecha con la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, así como con la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO), ha participado desde 2018 en la promoción de la salud mental con acciones de difusión masiva sobre este fenómeno, tales como talleres sobre identificación de mitos en torno al suicidio en ferias de salud emocional, y a partir del desarrollo y próxima difusión de una campaña universitaria, cuyo propósito es socializar los principales mitos que hay en torno al suicidio desde la propia comunidad, proporcionando explicaciones desde las experiencias de ellos, así como alternativas de atención para quienes requieran apoyo emocional.

Otra de las estrategias a nivel preventivo que se realiza en instituciones públicas de nivel superior en México es la formación en *gatekeepers* (GKT);

es decir, profesionales de la salud mental capacitan a personas (sin importar su profesión ni ocupación), brindándoles información para identificar el riesgo suicida y estrategias para su prevención desde un primer contacto; la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, mediante el programa CREAS (crisis, emergencias, y atención al suicidio), es pionera dentro de la UNAM desde hace siete años, y la entidad que ha logrado capacitar más personas, alrededor de 13 000, como *Guardianes Informados* (Santillán et al., 2019, pp. 174 y 176).

De igual forma, antes de la pandemia por COVID-19, el PADYRS desarrolló una propuesta con base en su experiencia de atención a personas con comportamiento suicida dentro de las clínicas universitarias y comunitarias, mediante modelos con evidencia científica, para la implementación de acciones de intervención específicas dentro de la comunidad universitaria a partir del establecimiento de lineamientos o guías que permitan al personal docente, administrativo y a la comunidad estudiantil actuar de manera efectiva ante situaciones de riesgo (Arenas et al., 2019a, p. 3).

Durante la pandemia por COVID-19, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Facultad de Psicología realizaron una colaboración interprofesional para el manejo de crisis emocionales desde la adquisición de competencias clínicas relacionadas con el riesgo de suicidio, ansiedad, depresión y duelo,¹³ cuyo impacto no solo fue para la comunidad universitaria y público en general desde el Programa de Contención Emocional vía telefónica y chat de la ENEO, sino que, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) México, dicha colaboración dio lugar al desarrollo de un curso/diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida, el cual se estructuró en conjunto con un equipo de expertos nacionales a internacionales en la atención a personas con riesgo suicida, como los doctores Reyes-Ortega y Strosahl. Esto se implementa gracias a la participación comprometida de 30 docentes y clínicos expertos en la evaluación y manejo del riesgo suicida desde modelos y tratamientos de atención con evidencia clínica y científica.

¹ Agradecimientos especiales al Proyecto PAPIME309420.

Derivado de esta acción, y a partir de una estrecha articulación y colaboración institucional con la Secretaría de Salud desde el ST-CONSAME y la OPS/OMS México, se han formado, desde enero de 2021 hasta hoy, alrededor de cuatro mil trabajadores del sector salud, logrando con ello contribuir, desde el eje de capacitación, al Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (SSA, 2021), estrategia que se vincula, asimismo, con la colaboración interprofesional e interinstitucional para la implementación del Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) (Arenas et al., en prensa), cuyo propósito es estructurar, organizar y coordinar la atención de las personas con riesgo de suicidio, desde la comunidad hasta la red de servicios de salud públicos, a partir de la identificación de la condición, con base en factores de riesgo agudos (en el momento) y crónicos (a lo largo de la vida de la persona), y la existencia de factores protectores, así como acciones específicas de manejo y tratamiento integrales para la prevención de las muertes por suicidio.

Finalmente, y aún en proceso, durante agosto de 2021 se formó un grupo de trabajo interprofesional e interinstitucional para la prevención del suicidio en México, con el propósito de incorporar mejores prácticas clínicas para el manejo del riesgo suicida en los programas de atención psicológica de las instancias educativas participantes, de grupos de la sociedad civil, así como en la red de servicios de salud a nivel nacional, desde la certificación en un modelo de Evaluación y Manejo Colaborativo ante el Riesgo de Suicidio (CAMS) (Jobes, 2016). Para lograr esta gran y compleja encomienda, se requiere una estrecha y fluida colaboración de trabajo en red entre todas las instancias y programas participantes que, hasta el momento, son, desde la Facultad de Psicología, el Programa para la Atención de Universitarios con Depresión y Riesgo Suicida, la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, la Residencia en Psicoterapia Infantil y el Programa Espora Psicológica; la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (mediante el programa de contención emocional Call Center y el PUEE, SM); la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (mediante los programas Crisis Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) y Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED); la Universidad Autónoma de Aguascalientes, como líder de un grupo a nivel estatal que incluye instancias como el

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, bachilleratos comunitarios de Aguascalientes, el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos, la Universidad Tecnológica del Norte de Aguascalientes, la Red de Profesionales de Psicología Clínica por Aguascalientes y un hospital psiquiátrico del estado; y, finalmente, al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental de la Secretaría de Salud, líder del grupo a nivel nacional que coordina a once estados participantes, entre los que se encuentran Ciudad de México, Coahuila, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos y Nuevo León.

Han sido muchos los esfuerzos realizados en materia de prevención del suicidio tanto a nivel mundial como nacional, independientemente del contexto de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, aún queda un camino largo por recorrer, principalmente si consideramos que muchas problemáticas de salud mental asociadas a este comportamiento se desarrollan a edades tempranas y, por lo general, las personas no reciben atención, debido a la dificultad de acceso a los servicios de salud generada por el estigma que existe en torno a la salud mental, a la escasez de profesionales de salud mental debidamente calificados (Gutiérrez et al., 2010, p. 9), y a las limitaciones de infraestructura y de una planta de profesionales en las instituciones públicas que permitan la óptima coordinación, implementación, supervisión y evaluación de programas para la atención integral del riesgo de suicidio considerando tanto a la persona, como a su familia y comunidad.

Con base en lo mencionado, los profesionales de la salud mental tenemos el compromiso social permanente de buscar alternativas de solución efectivas que sean accesibles al público en general y se adapten a las necesidades de la comunidad (Arenas et al., 2019b, p. 1701).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.

- Andrade, J. A., Bonilla, L. L. y Valencia, Z. M. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: 'Villa Cristina' Armenia-Quindío (Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6(17), 6-32.
- Anseán, A. (2014). *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvenición de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Antón-San-Martín, J., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanas, M. T., De Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Balletes, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V. y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810-815.
- Arenas-Landgrave, P., Hermosillo-de-la-Torre, E., Vázquez-García, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas, P. E., Tejadilla, D. I., Espinoza, P., Molina-López, A., Molina-Pizarro, C. y Malo, H. M. (En prensa). Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México.
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S., Guzmán-Álvarez, L., Martínez-Luna, S. C. y Malo, H. M. (2019a). "Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio". *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 11(2), 1-14.
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S. y Martínez-Luna, S. C. (2019b). Programa de atención para el comportamiento suicida en jóvenes universitarios: un estudio de caso (pp. 1697-1710). *Memorias en Extenso del XLVI Congreso del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*, A. C. Universidad Anáhuac, México.
- Bedoya, E. Y. y Montaña, L. E. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (Coords.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234-242). Organización Panamericana de la Salud.
- Boggiano, J. P. y Gagliosi, P. (2018). *Terapia dialéctico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Edulp.

- Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., Méndez, E. y Molnar, B. (2021). Traumatic life-events and suicidality among Mexican adolescents as they grow up: A longitudinal community survey. *Journal of Psychiatric Research*, (142) 171-178.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borges, G., Orozco, R. y Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Universidad de Murcia.
- Chávez-Hernández, A. M. y Leeners, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.
- Chávez-Hernández, A. M., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D. y Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes a nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria. Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(6), 43-50.
- Chávez-Hernández, A. M., Cortés, M., Hermosillo, C. y Medina, M. (2011). *Prevención del suicidio en jóvenes. Salvando vidas*. Trillas.
- Chiles, J., Strosahl, K. y Weiss-Roberts, L. (2019). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. American Psychiatric Association Publishing.
- Cortés, A., Suárez, R. y Serra, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-14.
- De la Garza, F. (2008). *Suicidio: medidas preventivas*. Trillas.
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
- Durkheim, É. (2006). *El suicidio*. Ediciones Coyoacán.
- Espinosa, P., Pérez, M., Baca, E. y Provencio, M. (2021). Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clínica y salud*, 32(1), 29-36.

- Góngora, S. (2019). *Disminución del riesgo suicida y autolesiones en adolescentes mediante la promoción de factores resilientes: intervención grupal* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Gutiérrez, J. A., Montoya, L. P., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E. y Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2005). *Estadísticas de intentos de suicidios y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Estadísticas de defunciones registradas 2021 (preliminar)*. INEGI.
- Jobs, D. (2016). *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. The Guilford Press
- Klonsky, E. D., May, A. y Saffer, B. (2015). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, (12), 307-330.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. y Bryan, C. (2017). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, (22), 1-19.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy. A practical guide*. The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Mardomingo, M. J. y Zamora, M. L. C. (1994). Suicidio e intentos de suicidio. En M. J. Mardomingo (Coord.), *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes* (pp. 499-520). Díaz de Santos.
- Martín del Campo, A., González, C. y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-209.
- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*, (8), 15-25.

- Mendoza, G. L., Monroy, I. R. y Valdez, K. P. (2021). Detección temprana de factores de riesgo ante el suicidio. *Políticas Sociales Sectoriales* 8(8), 405-425.
- Ordóñez, J. (2021). *Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida* [Tesis de doctorado, Universidad de Almería].
- Ordóñez, J., Cuadrado, I. y Rojas, A. (2021). Adaptación al español de escalas de derrota y atrapamiento en jóvenes adultos: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 39(19), 17-37.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Comunicado de prensa. Cada 40 segundos se suicida una persona. <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Suicidio*. OMS.
- Pemjean, A., Caprile, M. A., Gómez, A., Opazo, R., Valderrama, S. y Rodríguez, J. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación*. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública de Chile.
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Pérez, S., Ros, L. Á., Pablos, T. y Calás, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Pax.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Vega, J. C. y Flores, L. E. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud*, 16(2), 139-147.

- Quintanilla, R., Haro, L. P., Flores, M. E., Celis, A. y Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 5(2).
- Rangel, J. y Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48.
- Reyes, M. A. y Strosahl, K. (2020). *Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida*. El Manual Moderno.
- Rivera-Heredia, M. E. y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rodríguez, F., González, J., García, R. y Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, (11), 374-380.
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O. A. y Valle, S. (2019). Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de salud en la UNAM FESI. En R. Valdez y L. Arenas (Coords.), *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (pp. 171-182). Instituto Nacional de Salud Pública.
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452.
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532.
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. y Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. y Maris, R. (1995). The prevention of suicidal behaviors: an overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 10-21.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17), 19-28.
- Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis J. y Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews*, 5(74), 1-22.
- Valdés, K. P., González, F., Monroy, I. R. y M. E. Rivera (2020). Estudio e intervención del suicidio en México. En I. García, H. I. Pacheco y R. Vallejo

- (Coords.), *La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales* (pp. 169-195). Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Valdivia, Á. (2015). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Ediciones de la U.
- Van Orden, K., Witte, T., Curkrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. y Joiner, T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- Vera, Ó. y Díaz, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud Pública de México*, 54(4), 363-364.
- Yomaira, P. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4), 1-9.

RESPUESTAS AL SUFRIMIENTO
Y LA MUERTE

Mictlán: vivir la propia muerte

9

Abraham Sapién⁽¹⁾
David Fajardo-Chica⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Tú y yo vamos a morir. Estamos al tanto de que va a ocurrir, pero no exactamente cuándo —en lo cual hay alivio, pero también angustia—. ¿Qué nos ocurre al saber con cierta precisión cuál será nuestro último día? En este texto, discernimos el proceso de nuestra propia muerte, una vez que tenemos información confiable sobre el momento aproximado del cese de nuestra vida.

La pandemia por COVID-19 impactó nuestra cotidianidad afectiva (Fajardo-Chica y Hansberg, 2021), así como nuestras emociones en relación con la muerte (Menzies y Menzies, 2020; Jimenez et al., 2020). Para enero de 2022, la cifra oficial de fallecimientos a nivel global por esta enfermedad fue de 5.5 millones; bajo otras formas de cálculo, la estimación puede llegar hasta 22 millones (Adam, 2022). La Comisión Lancet sobre el Valor de la Muerte publicó un informe reciente donde señala una ruta hacia la “utopía realista” de una sociedad donde se muera mejor. Sugiere que “morir sea entendido como un proceso relacional y espiritual más que un evento fisiológico” (Sallnow et al., 2022, p. 870). Formulamos este capítulo como una contribución en esa dirección.

(1) Instituto de Investigaciones Filosóficas, (2) Facultad de Medicina.

Nos centramos en el periodo específico en que alguien se vuelve consciente del lapso aproximado de tiempo que tiene para vivir. Llamamos a esto “entrar en Mictlán”, en alusión a la cosmogonía antigua del mundo mexicana, que concebía este lugar como un espacio de transición entre mundos: el de los vivos y el de los muertos (Núñez y Martínez-González, 2009). El camino será el siguiente.

En la primera sección, establecemos qué es el Mictlán. Con entrar a este estado nos referimos a la conjunción de: 1) el cambio *epistémico* de quien adquiere conocimiento aproximado y fiable acerca del momento de su propia muerte, y 2) la situación *metafísica* particular de estar a punto de dejar de existir para sí, aunque se continúe existiendo para los otros. Esta concepción de persona otorga una respuesta a problemas clásicos en filosofía de la muerte, como el de la naturaleza del daño póstumo y el de la asimetría entre inexistencia pasada y futura.

En la segunda sección, nos concentramos en el sufrimiento particular del Mictlán. Lo describimos como una forma de sufrimiento existencial. Este concepto se emplea en las ciencias de la salud y del cuidado para entender malestares asociados a dificultades en dar significado a la vida, como cuando se acerca la muerte. Sufrimos como seres narrativos. En esa etapa final, afrontamos el reto de terminar la historia que contamos sobre nosotros mismos, de tal forma que brinde sentido a dejar de ser lo que somos.

Por último, ofrecemos fuentes de consuelo en el Mictlán. Reconocernos allí permite varias cosas, por ejemplo: apreciar la vida restante por el valor que adquiere el número limitado de experiencias positivas que aún quedan; identificar algunos cambios morales en virtud de los cuales aumenta la permisibilidad de nuestras acciones; dar cuenta de las maneras en las que nuestra existencia no está limitada por nuestra muerte biológica; reconocer la autoría en el propio final de la vida, así como la importancia de esta capacidad; en suma, nos ayuda a hacer más inteligible nuestro propio sufrimiento y, por tanto, a sufrir menos.

La pandemia ha hecho que temamos por nuestras vidas (Sapién, 2021a). Las medidas públicas extraordinarias fueron, en última instancia, para no morir. Sin embargo, valga la trivialidad, la muerte es inevitable. Sumamos

nuestros argumentos a una tradición filosófica que ofrece consuelo de orden intelectual frente a la experiencia de la finitud humana. Comprender el proceso de la propia muerte permite encarar ese pasaje final.

MICTLÁN: MORIR Y SABERLO

Tú y yo podríamos saber cuándo vamos a morir. El aviso con antelación de la Parca se ha recreado culturalmente de diversas maneras. Hemos visto escenas donde los personajes saben que morirán. Mientras que en *La isla del tesoro*, de Stevenson (1883), un pirata deja una marca negra en la mano del condenado, en *El Padrino*, de Coppola (1972), un personaje recibe el beso de la muerte de los labios de su propio hermano. En ambos casos, la cofradía anuncia su veredicto. Un paciente de cáncer avanzado lo narra así: “lo único en que puedo pensar es que voy a morir. Y es la única certeza que tengo. Sé que todos la tenemos y sé que la gente dice [...] podrías cruzar la calle y que te atropelle un autobús. Pero vives tu vida sin pensarlo. Yo tengo que lidiar con eso. Mi autobús está aquí. Todo el tiempo” (Willig, 2015, p. 420 [la traducción es nuestra]).

Debido a que cada vez es más frecuente morir por males crónico degenerativos (Sleeman et al., 2019), más personas llegan al final de su vida tras recibir un diagnóstico de enfermedad terminal. Quien está en dicho estado conoce su situación y tiene el tiempo suficiente para incorporar este conocimiento a la narrativa de su propia historia. Usaremos el término Mictlán, de la tradición mitológica mexicana, para referirnos a este proceso.

En esta cosmovisión se consideraba que quienes estaban en el Mictlán transitaban entre dos mundos: el de los vivos y el de los muertos. “En muriendo, sale por la boca una como persona que se dice yulio, e va allá donde está aquel hombre e mujer, e allá está como una persona, e no muere allá, y el cuerpo se queda acá [...]. No va más del corazón (Fernández de Oviedo y Valdés, citado en Núñez y Martínez-González, 2009, pp. 52-53). En esta sección, damos cuenta de las condiciones en las que esta circunstancia tiene lugar.

La condición epistémica del Mictlán

Por medio del dictamen de profesionales de la salud ganamos conciencia de la cercanía de nuestra muerte. A partir de su experticia sobre el cuerpo humano y la trayectoria de las enfermedades, además del estado de los síntomas y el resultado de pruebas de laboratorio, entre otros elementos del diagnóstico, se puede concluir que la esperanza de vida de una persona es menor a cierta cantidad de tiempo.

En ese sentido, hay dos estados epistémicos similares que debemos distinguir del que nos ocupa. El primero es el de saber que se va a morir debido a un accidente inminente. En tal caso, sabemos que moriremos, pero no hay suficiente tiempo para interiorizar la información, para asumir e incluir lo que acabamos de aprender como parte de la historia que nos contamos de nosotros mismos. Cuando avanzamos en la carretera y un camión se aparece de imprevisto a media curva, no hay tiempo para replantearnos qué es la vida y cuál es nuestro propósito en ella. Sabemos que pronto vamos a morir, pero no estamos en Mictlán.

El otro caso que queremos excluir es el simple hecho de estar al tanto de nuestra mortalidad. Este es un conocimiento que tenemos prácticamente todas las personas a partir de cierta edad. Saber cuándo ocurrirá cambia de manera radical las cosas, como cuando nos enteramos de que solo tenemos unos meses más de vida. No se trata simplemente de concentrarnos en el *carpe diem*, esto es, vivir cada momento al máximo bajo la conciencia de lo efímera que puede ser la existencia. No se trata de vivir *como si* fuera el último día, sino de que sabemos que lo es. No es un recordatorio, es una confirmación. Entrar en Mictlán implica un cambio epistémico: la persona ha adquirido un conocimiento nuevo sobre el momento de su muerte.

Es crucial para este proceso que la creencia se adquiera de una fuente confiable (Goldman, 1979 y 1986). Es en virtud de ello que lo consideramos una forma de conocimiento. Cuando el médico en quien confiamos dice que moriremos pronto, le creemos. De forma análoga, cuando el matón nos anuncia nuestro tiempo limitado, también podemos asumir que se trata de una verdadera condena.

Si en Mictlán sabemos que moriremos, ¿qué pasa cuando nos equivocamos? Podría ser que el pronóstico haya errado. En estos casos, las personas sienten estar en Mictlán, pero no lo están realmente, justo como ocurre cuando sentimos miedo, creyendo estar en peligro, pero no hay ningún riesgo. Pasar por el proceso psicológico y epistémico del Mictlán depende de la posibilidad de la transición metafísica de morir. Es por ello que hemos incluido en la condición de estar en Mictlán que la persona *conozca* cuándo morirá. Bajo el entendido de que “conocer” es un verbo fáctico que implica la verdad de lo conocido, mientras que estamos justificados en considerarlo así gracias a la confiabilidad de la fuente.

De manera opuesta, puede ocurrir que a pesar de que moriremos pronto, no lo sepamos. Podríamos, por ejemplo, estar negados, cegados, ante el abrumador cese de nuestra vida. A menudo, profesionales de la salud se refieren a esta situación expresando que el paciente no ha alcanzado “conciencia de su diagnóstico y pronóstico”. Desde el modelo de atención paliativa se considera que reconocer el final de la vida es importante para afrontarlo positivamente. De igual forma, familias y personas cercanas también han de hacerse a la idea. Sin embargo, encontramos que puede haber conocimiento implícito de que se está muriendo sin tener plena conciencia de ello. Por ejemplo, a partir de las relaciones sociales en las que se le trata como alguien que pronto morirá, así como desde la experiencia del decaimiento corporal cercano a la muerte.

En un estado ideal de Mictlán, se reconoce adecuadamente el hecho de que la muerte se avecina. Para dar cuenta de cómo esto es una realidad, también ha de entenderse la condición metafísica de este proceso.

La condición metafísica del Mictlán

El ámbito metafísico refiere a la dimensión de lo existente. No solo nos preguntamos por cómo se conoce algo o por cómo se presentan las cosas a las mentes humanas, sino sobre las condiciones de existencia de aquello que estamos conociendo, es decir, por cómo son las cosas mismas.

Tomamos una posición plural respecto a las condiciones de existencia de las personas. Proponemos dos formas que son irreducibles entre ellas: 1) existimos *para nosotros mismos*, en tanto que poseemos una conciencia subjetiva corporeizada, como el organismo animal que cada uno es, y 2) existimos *para los otros*, en tanto que entes a los cuales se les otorga un significado colectivo, es decir, otras personas se relacionan con nosotros de formas que no cesarán con nuestra muerte. Sus actitudes frente a nosotros, lo que somos en sus vidas, no paran con la desaparición de ese organismo biológico. Por tanto, quienes adquieren conocimiento respecto a su propia muerte enfrentan la situación metafísica particular de acercarse a un punto en que dejarán de existir para sí mismas, para solo continuar para los demás.

La discusión sobre la persistencia de las personas después de la muerte no es nueva. Por ejemplo, según Lucrecio (Roma, siglo IV) el miedo a la muerte es irracional. Así como no tememos por nuestra inexistencia pasada, tampoco deberíamos sufrir por la futura. Ambos momentos donde no existimos son similares para nosotros y, por ello, nuestra actitud hacia ellos habría de ser la misma. Si no sentimos un vacío en el estómago al pensar en el tiempo pasado en que no habíamos nacido, tampoco habríamos de preocuparnos por nuestra futura inexistencia.

Empero, no todos compartimos esta intuición, “pues parece que para el hombre muerto existen también un mal y un bien, como existen, asimismo, para el que vive, pero que no es consciente de ello, por ejemplo, honores, deshonras, prosperidad e infortunio de sus hijos y de sus descendientes en general” (Aristóteles, 1985, pp. 18). Es decir, para el estagirita seguimos siendo sujetos morales, aun después de muertos. Esta idea no desapareció de la filosofía. Por ejemplo, Nagel nos dice que “la vida de un hombre incluye muchas cosas que no ocurren dentro de los límites [...] de su vida [...] hay una versión simple de lo que está mal en romper una promesa en el lecho de muerte. Es un daño al muerto” (1970, p. 66 [la traducción es nuestra]). Nos pueden lastimar aun muertos. Damos cuenta de esto de la siguiente forma.

No podemos estar al tanto de los males póstumos. Sin embargo, existe un sentido en el que dichas ofensas tienen un efecto. Aún seremos alguien para los demás. No solo en un sentido puramente metafórico, sino metafísico. Lo

que somos está constituido, en parte, por aquello que representamos para las otras personas. Esto es precisamente lo que permanece después de la muerte.

La idea de que hay una forma de existencia de la persona que es independiente de nuestra realidad física ha sido defendida en fechas recientes. Eraña (2021) hace énfasis en el carácter constitutivamente social de las personas. Ellas no son definidas por sus relaciones con otros, sino, sobre todo, por los nodos de significación colectiva que las constituyen. Así dice:

Todas nacemos y transcurrimos en el marco de un horizonte social. Todas pertenecemos a un sujeto colectivo, histórico que nos antecede. Todas somos tiempo y pertenecemos a él. Somos gerundio, núcleo en transición, tránsito. Todas nacemos y vivimos en grupo. Dicho de otra manera, toda existencia, para existir, apela a la existencia de otras. (Eraña, 2021, p. 113)

Esta noción de persona que existe en tanto que significa algo para un grupo social resulta valiosa para el análisis que estamos formulando. Donde Lucrecio no encuentra diferencia, nosotros sí. Después de muertos hay un sentido importante en el que seguimos existiendo.

Hace mucho tiempo, mucho antes de nacer, no había aún un nodo de significación colectivo relacionado con mi persona. “Una persona es un lugar en una sociedad, un nodo (casi cualquiera) en una red de relaciones (sociales)” (Eraña, 2021, p. 115). Sin embargo, quizás un poco antes del nacimiento comenzamos a existir para los otros, para un cierto grupo de personas que establece significados y valores sobre nosotros de forma representacional y simbólica. Ese nivel de significación colectiva no nace el mismo día en que ve la luz el organismo biológico que somos. Asimismo —y aquí hacemos énfasis—, esa dimensión simbólica no se acaba cuando perece ese organismo.

Encontramos poderosa la noción de Eraña porque logra capturar numerosas intuiciones: que hay una versión pública de nosotros valiosa, que hay un daño póstumo y que nos importa dejar un legado positivo. Sin embargo, no identificamos toda noción relevante de persona con el sentido planteado por Eraña. El cuerpo biológico, la conciencia subjetiva y la individualidad juegan un papel crucial en tanto que, mientras que ese organismo viva, es el

referente dominante del nombre de la persona, de quiénes somos. Ese cuerpo, su trayectoria, su vida pública y privada, las relaciones que crea con otros cuerpos, con otros individuos, así como los significados y motivaciones que lo mueven, son dimensiones que tienen lugar al nivel individual con el que identificamos, también, a las personas. Proponemos a continuación qué significa entrar al Mictlán.

Mictlán

Gracias a la certeza de una fuente confiable, una persona sabe el momento aproximado en que morirá, y efectivamente fallecerá según lo predicho. Además, tiene suficiente tiempo para hacer elecciones narrativas en virtud de su existencia como nodo de significado colectivo, después de su muerte.

Sabemos que vamos a morir. Esta no es una noticia nueva. Pero cuando adquirimos conocimiento sobre ello, entramos a una nueva forma de existir. Nos acercamos a perder la autoría sobre la versión pública de nosotros mismos. Al entrar al periodo de Mictlán, podemos reevaluar y actuar sobre nuestra vida, así como afectar el legado que estamos a punto de dejar.

SUFRIR EN MICTLÁN: NUNCA MÁS NARRAR

Tú y yo sufrimos. En Mictlán suelen presentarse padecimientos de diversa índole. Por ejemplo, quien se encuentra en una fase de enfermedad terminal puede experimentar el decaimiento corporal al vivir la limitación funcional, el dolor, la disnea, la náusea o la fatiga. Males psicológicos y emocionales comunes son las disposiciones mentales negativas, deterioro cognitivo, falta de regulación emocional, pérdida de atención, entre otras. Afectaciones psicosociales suelen caracterizarse por la ausencia en los papeles familiares establecidos, el sentirse solos o abandonados, así como la urgencia por resolver conflictos interpersonales. A continuación, exploramos una forma de

sufrimiento al paso por Mictlán: aquel que proviene de la inminente pérdida de influencia sobre lo que se dice, se piensa y se concibe acerca de nosotros.

Sufrir la pérdida de autoría narrativa

Al hablar de sufrimiento, nos referimos a un estado de la mente (Brady, 2018; Kauppinen, 2020). El sufrimiento es la percepción de que nuestra integridad personal se ve amenazada (Cassell, 1982 y 1986). Esto puede suceder por diversos motivos, debido a que los individuos somos realidades complejas (Cassell, 2009). Quien sufre al final de la vida probablemente verá desafiados sus límites físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Por ello se reconoce que pacientes con necesidades paliativas deben ser atendidos por equipos de profesionales de varios campos de la salud y del cuidado (Fajardo-Chica, 2020).

Sin embargo, a un nivel de descripción importante, el sufrimiento es mental. Lo es porque lo que sentimos cuenta con una fenomenología, se experimenta de alguna manera (Den Hartogh, 2017). A pesar de que todas las experiencias que sufrimos cuentan con una gran variedad psicológica y diferentes formas de sentirse, intuimos que pertenecen a la misma categoría de estado mental (Sapién, 2020). Hay algo psicológico que, en última instancia, une a todo aquello que consideramos formas de sufrir. En lo que sigue, nos centramos en lo particular del sufrimiento que proviene de ver amenazada la dimensión narrativa de nuestra identidad.

Al malestar del Mictlán no lo caracterizamos a partir de una fenomenología especial o por cómo se siente. En su lugar, lo describimos en términos de su estructura psicológica, entendida como los mecanismos mentales subyacentes. Tomamos como punto de partida la noción de sufrimiento como percepción de amenaza (Cassell, 1982 y 1986). Percibir es un acto mental que involucra un contacto con el mundo, esto es, aprender algo respecto a la situación en que nos encontramos. En tal sentido, se ha planteado que la visión, audición, tacto u otros canales sensoriales pueden entenderse de forma similar a estados afectivos en tanto que ofrecen un contacto con propiedades del mundo

(Hansberg, 2017; Tappolet, 2016). Las emociones orientan a los animales que las experimentamos.

Entrar a Mictlán trae consigo diversas formas de sufrimiento existencial. Este tiene lugar cuando percibimos que el sentido que damos a nuestra existencia se ve amenazado. Además, suele relacionarse con la dificultad de incorporar a la narrativa vital acontecimientos dolorosos, sentirse como una carga para los otros, ausentarse de las actividades que dan propósito o carecer de razones para vivir. A pesar de encontrarse en pacientes al final de la vida, no tiene una caracterización unitaria en las ciencias de la salud y del cuidado (Boston et al., 2011). El tipo particular de sufrimiento existencial que encontramos en Mictlán resulta de perder la autoría narrativa sobre la persona que se es.

Contamos historias. La narrativa del yo es una extensión de otros niveles de organización en nuestra naturaleza. Gracias a un yo biológico primordial, los animales trazan una línea entre su interior y el exterior, a la vez que reconocen sus experiencias como propias. Adicionalmente, contamos con un sentido del yo psicológico, que nos permite sentirnos como una misma persona que protagoniza sus recuerdos. Con el tiempo, esas memorias son organizadas a partir de narrativas retrospectivas, que sirven “como un molde que estructura nuestras relaciones con los objetos, con las demás personas y sobre nosotros mismos” (Villanueva, 2021, p. 204).

Al organizar la memoria narrativamente, aparece una nueva unidad psicológica, un yo narrativo que es autor de sí. “Mediante la identidad narrativa, las personas se comunican a sí mismas y a otras quienes son ahora, cómo llegaron a serlo y hacia dónde piensan que sus vidas pueden ir hacia el futuro” (McAdams y McLean, 2013, p. 233). La identidad narrativa provee la estabilidad mental requerida para interactuar en sociedad.

Al contar nuestras vidas creamos vías de entendimiento mutuo. Las subjetividades encuentran sentido gracias a la mediación de distintas narrativas. “Lo personal puede ser visto como algo independiente del punto de vista objetivo, implica hasta tal punto un sumergimiento en el mundo particular del individuo, que no debe extrañarnos que para poder referirlo se haga preciso atender a un lenguaje narrativo” (Kuri, 2018, p. 7). Es decir, las historias

particulares trazan líneas que estructuran la vida personal y, a su vez, ofrecen pistas de la propia subjetividad en la comunicación con las demás personas.

Desde nuestra existencia subjetiva se toman rumbos de acción que constituyen, validan, inspiran, dan contenido y vida a las narrativas que contamos sobre nosotros mismos. Ellas nutren las representaciones colectivas que hay de nuestra propia persona. De esto se sigue que la pérdida de autoría narrativa supone el fin del vínculo causal entre uno mismo y la persona que se es para los otros.

Luego de la muerte no habrá agencia posible que permita modificar propiedades a ese nodo de representaciones que continuará para las otras personas por un cierto tiempo, hasta la desaparición absoluta. Dejamos de existir del todo una vez que no existimos para los demás. Al morir, no solo cesa nuestra existencia subjetiva, sino que abandonamos otra parte importante de las personas que somos. Es decir, no habrá vínculo con el nodo de significado colectivo que persistirá.

El sufrimiento propio del Mictlán muestra nuestros límites narrativos. Tiene lugar en el contexto más amplio de sentires frente a la muerte que se han identificado en distintos campos de la psicología y la atención a pacientes al final de la vida. En lo que sigue, examinamos los linderos conceptuales del fenómeno planteado.

Sufrir la mortalidad

Hemos descrito un paisaje afectivo propio del Mictlán. En esta sección, haremos contrastes conceptuales que permitirán dar contenido a nuestra propuesta. Primero, ofrecemos detalles respecto a por qué entender esa forma de sufrimiento como existencial y no como espiritual o religioso. Segundo, formulamos diferencias entre el sufrimiento propio del Mictlán y otras maneras de concebir la afectación frente a la muerte.

El concepto de *sufrimiento espiritual* presupone la existencia de una disposición humana natural y universal a la búsqueda de trascendencia (Puchalski et al., 2009; Tanyi, 2002). En contraste, describimos lo que sucede en Mictlán como

la pérdida de tipo de agencia que se ejercita de manera voluntaria, libre y sujeta a demandas de responsabilidad. Esta forma de entender el ejercicio humano de dar sentido a nuestra vida es más cercana al sufrimiento existencial, concepción heredada del movimiento existencialista (Flynn, 2006). La autoría narrativa al final de la vida involucra elecciones que no son fáciles ni mandatorias.

La noción de *sufrimiento religioso* conjunta los malestares que tienen relación con los sistemas de prácticas y creencias religiosas. Es cierto que entrar al Mictlán puede generar sufrimiento para quien viva una dimensión religiosa amenazada por la finitud; la religión ofrece elementos para aliviar las tensiones propias del final de la vida (Coward y Stajduhar, 2012). Sin embargo, dar significado a su propia vida a partir de narrativas de identidad es una actividad común tanto a personas religiosas como a las que no lo son. Nuestro énfasis recae en aspectos estructurales, de tal suerte que la descripción es neutral respecto a los recursos narrativos, religiosos o no, con que se da sentido a la existencia.

La descripción que hemos hecho del sufrimiento en el Mictlán se distingue de otras maneras de entender cómo afecta a las personas saber de su muerte. En el campo de la atención a pacientes con cáncer, se ha estudiado el cambio asociado a conocer qué tan pronto morirán. Se ha hablado de *transformación existencial* (Sand et al., 2008, p. 858) y de *punto de quiebre existencial* (Missel y Birkelund, 2011, p. 298) para referirse al inicio del sufrimiento existencial debido a un diagnóstico terminal. Estos conceptos apuntan al comienzo del viaje al Mictlán, pues marcan el inicio de la condición epistémica. El enfoque del campo de la salud estriba en cómo ese sufrimiento existencial se integra en el marco del desarrollo de la enfermedad.

Cuando se diagnosticó el cáncer por primera vez, el mensaje afectó la existencia y puso el mundo patas arriba. La información sobre el hecho de que la enfermedad no tenía cura y se encontraba en una etapa paliativa tardía había dado lugar a una percepción de que la vida se acortaba drásticamente y se imponía la muerte, lo que resultó en una pérdida de energía y sentimientos tanto de impotencia como de vulnerabilidad (Sand et al., 2008, p. 856 [la traducción es nuestra]).

El sufrimiento del Mictlán proviene de contemplar la propia muerte. En este sentido, se relaciona con el concepto de *terror existencial* que refiere al horror de considerar la posibilidad de esta (Bradley, 2015). Pero también al concepto de *angustia a la muerte*, planteado en la psicoterapia existencial como causa de las psicopatologías, entendiéndolas como mecanismos con que la confrontamos (Yalom, 1984). Una concepción similar está en la base de la teoría de la administración del terror (Greenberg et al., 1986; Greenberg et al., 2008), que propone la *ansiedad frente a la muerte* como la motivación humana última para la construcción de dispositivos culturales, cosmogonías y narrativas personales. El sufrimiento de enfrentar la muerte se encuentra en varias tradiciones psicológicas que comparten la tesis de que este es un rasgo definitorio de la psique humana.

Entre los organismos, solo nosotros estamos completamente conscientes del hecho devastador de que moriremos inevitablemente y únicamente nosotros debemos convencernos a nosotros mismos que somos tan especiales que seremos inmortales: en una vida después de la muerte, en la memoria de otros o pertenecientes a un grupo que trascienda la existencia individual (Sullivan, 2016, p. 8 [la traducción es nuestra]).

La concepción según la cual nuestra relación con la muerte guía nuestras vidas es más amplia que aquella que delimitamos con la condición epistémica del Mictlán. Las descripciones anteriores de cómo nos enfrentamos a la muerte son complementarias; nuestra conceptualización no compite con ninguna. La comprensión filosófica que ofrecemos tiene un propósito distinto: derivar formas de consuelo. De manera paradójica, la cercanía con la muerte, saber que pronto se morirá y sufrir por ello, puede traer consigo oportunidades para el solaz.

CONSUELOS EN MICTLÁN

Tú y yo podemos encontrar consuelo frente a nuestra muerte. Saber cuándo vamos a morir es bueno. Nos concentramos en fuentes de alivio en el Mictlán. Primero, mostramos cómo puede haber un aspecto positivo en relación con la escasez de experiencias restantes. Segundo, se puede hallar confort en el estar agradecidos por la muerte, como parte esencial de algo valioso: la vida. Tercero, nos enfocamos en cambios morales; por ejemplo, somos más susceptibles a ser perdonados. Finalmente, resaltamos la autoría que tenemos sobre el final de nuestra propia historia. Al volvernos conscientes del cambio metafísico que se avecina, es posible afrontarlo de mejor manera.

Consuelo en la escasez

El valor de las cosas es relativo a la oferta y la demanda. Es difícil pensar en algo muy valioso que a la vez sea extremadamente abundante. El precio de los diamantes radica, en buena medida, en la dificultad que existe en su obtención.

En concreto, el valor relativo de las experiencias restantes cambia. Esto se puede entender desde dos ángulos útiles. Para empezar, aquello que nos hace sufrir, incluso esa misma enfermedad o padecimiento que nos ha conducido al final de la vida, no continuará para siempre. Sabemos aproximadamente cuándo terminará. Pero hay algo aún más importante, tal vez: las experiencias agradables, positivas, deseables, se vuelven más valiosas, pues ahora son limitadas. Pocas cosas son tan dulces como la última cucharada del postre.

El valor es una propiedad extrínseca, depende de las relaciones entre las cosas (Sapién, 2021b). Es por esto que la relación de escasez aumenta el valor de aquello que ya de por sí es deseado. Pero esta relación no es la única forma de hallar consuelo, pues también se puede obtener vía la gratitud.

Consuelo en el agradecimiento

Glasgow (2020) nos introduce al tema del consuelo hablando sobre la muerte de su madre. En la búsqueda de alivio desde la filosofía, propone que la noción de agradecimiento es crucial. Podemos estar agradecidos de morir en tanto que es una *parte fundamental* de un proceso valiosísimo: la vida.

Pensemos, nos dice Glasgow, en alguien que recibe un regalo muy valioso, como su primer auto. Puede ser que no sea perfecto, pero es tan significativo que sus aspectos negativos cobran valor, por ser parte del todo al que pertenecen. El estéreo viejo y destartalado del coche es valioso no por sí mismo, sino por su relación con lo demás. Es extrínsecamente valioso. “Esto sugiere que podemos estar agradecidos por algo que permanece en la columna negativa, siempre y cuando su aspecto negativo sea mitigado por suficiente valor positivo que irradia para contrarrestar lo negativo” (Glasgow, 2020, p. 62. [la traducción es nuestra]). Algo similar puede ocurrir con la muerte. “El consuelo es la actitud que podemos adoptar ante la muerte cuando, en medio de los motivos que nos da para tener miedo y desánimo, atendemos al valor radiante que obtiene de la vida. Cuando hay tanto malestar, no esperamos encontrar dicha. No exigimos alegría desenfrenada ni esperanza de alegría desbordada” (Glasgow, 2020, p. 94 [la traducción es nuestra]).

Una manera de hacer sentido a la propuesta de Glasgow es pensar que la gratitud consiste en una evaluación positiva. Actuar así tiene un efecto benéfico al ayudarnos a sentirnos mejor. Es importante notar que una parte poco valiosa, como el estéreo de un coche, puede ser a la vez constitutiva de aquello por lo que estamos agradecidos. Es una forma de valor extrínseco, pero no instrumental. El estéreo no es importante por su valor causal, pues se trata, más bien, de una relación mereológica. La muerte es una parte esencial de la vida. En ese sentido restringido es buena. La propuesta de Glasgow es hallar consuelo en esta relación constitutiva. Sin muerte no hay vida.

Tomando en cuenta el agradecimiento, cabe entender que cuando entramos en el Mictlán es posible reconocer que hemos comenzado la última parte del camino. Sin embargo, diferimos de una manera importante de él. No consideramos que el camino se termine del todo con la muerte. Se trata más bien

de varios senderos y en donde unos terminan, otros siguen. En esto también podemos hallar consuelo, en el agradecimiento de que continuamos existiendo aun después de nuestra muerte. Por extraño que pueda sonar, seguimos existiendo como nodos de significado, continuamos siendo para los demás.

Consuelo en el cambio moral

Cercanos a morir, el estatus moral de las personas cambia. Existe una cierta permisibilidad al moribundo. Suele considerarse que tenemos derecho a una buena última comida antes de morir, no importa quiénes seamos, quiénes hayamos sido. Nuestra concepción sobre la transición metafísica que ocurre en Mictlán ayuda a dar cuenta de dicha cuestión. No se trata de describir el consuelo desde una dimensión moral, sino de señalar que el consuelo intelectual, desde el ámbito de nuestras razones, puede ser obtenido en relación con otros individuos. Es importante señalar que este consuelo no implica ausencia de responsabilidad para quien sabe que su muerte se acerca, pero sí significa que, cercanos a morir, se abren posibilidades de acción, como nuestra capacidad de pedir perdón y de ser perdonados.

Proponemos que este cambio moral se debe al menos a dos factores: al aumento de valor de las experiencias restantes, dada su escasez, y al hecho de que el nodo de representaciones colectivas que también somos dejará de ser modificado por nosotros mismos; solo se verá afectado por los demás. Estamos próximos a dejar de ser los autores principales de nuestras propias vidas. Esto se ilustra con el hecho de que estamos más propensos al perdón durante el Mictlán.

Cazáres (2022) argumenta que, frente a la muerte próxima de quien nos ha ofendido, podemos experimentar cambios en las emociones reactivas de sanción que nos provoca.

Dicho de otra manera, somos más propensos a perdonar a alguien en su lecho de muerte. ¿Por qué sucede esto? Primero, en relación con la escasez, alguien que pronto morirá tiene menos oportunidades para reparar el daño causado, menos ocasiones para disculparse y, sobre todo, para poder llevar a

cabo los cambios necesarios para que la relación se reestablezca como antes de la ofensa. Más vale aprovechar el poco tiempo.

Además, hay otras buenas razones para perdonar a alguien en Mictlán. Al exonerarlos en vida, podemos mejorar nuestra concepción de ellos y así sanar nuestra relación una vez que fallezcan y solo existan como recuerdo. Imaginemos que nuestra madre está por morir. Nuestra relación fue francamente mala. Justo antes de perecer, ella nos pide perdón por algo que ocurrió en nuestra infancia. Puede ser que no podamos o debamos perdonarla, pero, de hacerlo, tenemos la razón extra de que nos quedaremos con una relación más pacífica con ella, a partir de su recuerdo.

Sin embargo, esta situación tiene dos agentes. Al entrar en Mictlán, también tenemos buenas razones para pedir perdón. Las ocasiones que nos quedan para hacerlo se reducen drásticamente. Esto vuelve esas posibilidades más valiosas. Además, ser disculpado es una buena manera de tratar de mejorar quiénes seremos en la memoria de los otros.

Lo que se recuerda y piensa de nosotros es importante no solo mientras seguimos vivos, sino también cuando estamos muertos. Cuando decimos “Juan Rulfo escribió *Pedro Páramo*”, estamos hablando del escritor en un sentido relevante, nos relacionamos con él. El recuerdo de nosotros es parte de nuestro legado. Uno podría pensar que aquello que se dice de nosotros en la tumba es completamente irrelevante, pero no es así. Las personas se preocupan por los juicios hacia ellas, aun cuando esto no se viva como parte de su vida consciente. Por decirlo de otra forma, cuando dormimos esperamos que no se nos menosprecie, injurie, ofenda o maldiga.

Podemos hallar consuelo en relación con el perdón en Mictlán. Por un lado, somos más propensos a ser perdonados; por otro, podemos enmendar acciones del pasado. Sabernos próximos a morir nos motiva a mejorar nuestra historia. Lo podemos hacer por las personas a quienes ofendimos y también para tomar control en tanto autores de nuestra narración, que influenciará lo grabado en las mentes de los otros. La percepción ajena importa en vida, pero, siguiendo a Aristóteles, también es importante durante la muerte.

Consuelo en la autoría narrativa

Conocer cuándo moriremos ofrece la oportunidad de tomar liderazgo en la tarea de contar nuestro final. Quien está en Mictlán aún puede transformar el nodo de significados colectivos que lo constituye parcialmente. A pesar de las dificultades de su pasaje, está abierta una ventana de tiempo en la que tendrá esa agencia narrativa. Las condiciones están dadas para hacer una última contribución a cómo persistiremos para los demás.

Desde esta perspectiva, pasar por Mictlán antes de morir es preferible a no hacerlo. Si vamos a morir, es mejor saberlo. Contar el final no es una tarea a la que podamos dedicarnos en otros momentos. En el mejor de los casos, la preparación previa facilitará la labor, brindará elementos de acción y contribuirá a la tranquilidad que se requiere. Sin embargo, por más que se reflexione sobre nuestra finitud, solo cuando la vida está llegando a su fin es que escribimos su último capítulo. Únicamente conociendo que se está en dicho momento podrá llevarse a cabo tal tarea. Ahí reside el valor de saber cuándo moriremos.

Escribir nuestro final no implica hacerlo de forma coherente, no ha de tener cohesión total con quienes hemos sido. Saberlo libera a quienes narramos del constreñimiento de la armonía. La identidad narrativa no se ha concebido como el desarrollo de una historia lineal.

Se narra como una novela polifónica donde distintos aspectos del yo toman forma (Hermans, 1996); es natural que esas historias se solapen y contradigan, pues se configuran en respuesta a un mundo social complejo e inconsistente (Raggat, 2006). Quien escribe su propio final tiene libertad creativa.

CONCLUSIONES

Tú y yo existiremos después de la muerte. Hemos presentado una caracterización filosófica, en términos de un cambio epistémico y de una situación metafísica particular, de quien sabe cercana su muerte. Quien está en Mictlán transita, por así decirlo, del mundo de los vivos al de los muertos. Tal estado tiene vinculada una forma de la afectividad: el sufrimiento existencial,

narrativo, propio de abandonar la autoría de la vida. El paso por Mictlán trae consigo la capacidad de darle sentido a que la vida tenga final.

Hemos atestiguado el tránsito a un interés más pronunciado sobre nuestra finitud, tanto desde el público general (Dugdale, 2020), como de quienes se educan para la profesión médica (Álvarez-del-Río et al., 2013). En este sentido, se ha hecho patente la necesidad de educarles en competencias para tratar este proceso (Ruiz et al., 2022). Frente a esta demanda, la filosofía de la muerte ofrece elementos para la formación de conceptos sólidos al respecto (Fajardo-Chica, 2021). La pandemia por COVID-19 hizo que millones de personas entrasen a Mictlán. Nuestra descripción del tránsito entre el mundo de los vivos y de los muertos da sentido a intuiciones filosóficas respecto a la naturaleza del morir, las formas en que permanecemos después de fallecer y cómo encontrar consuelo al respecto.

En el mejor de los casos, caminaremos por los parajes de nuestro propio Mictlán. Las mentes corporizadas que identificamos con nuestra propia existencia habrán finalizado y quedarán las representaciones colectivas. Sufriremos mientras se nos abre la oportunidad única del cierre existencial. Sin embargo, en caso de no contar con tal fortuna, tendremos a disposición el viejo consuelo de Epicuro: habremos muerto, así que no podremos lamentarlo. Tú y yo vamos a morir. La mejor manera es en Mictlán.

AGRADECIMIENTOS

Abraham Sapién agradece la beca DGAPA-UNAM para la estancia de posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Filosóficas, asesorado por la Dra. Olbeth Hansberg. David Fajardo-Chica agradece la beca DGAPA-UNAM para la estancia posdoctoral en la Facultad de Medicina, asesorado por la Dra. Asunción Álvarez del Río. Ambos agradecen al Seminario Universitario de Afectividad y Emociones (SUAFEM) de la UNAM por su apoyo para la realización de este trabajo, así como a la constante conversación en los seminarios Afectividad y cultura, del Instituto de Investigaciones Filosóficas, y El sufrimiento en la enfermedad, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, D. (2022). The pandemic's true death toll: millions more than official counts. *Nature*, 601(7893), 312-315. <https://doi.org/10.1038/>
- Álvarez-del-Río, A. (2013). Facing death in clinical practice: a view from physicians in Mexico. *Archives of Medical Research*, 44(5), 394-400.
- Aristóteles. (1985). *Ética nicomáquea; Ética a Eudemo*. Vol. *Biblioteca Clásica Gredos* 89. Gredos.
- Boston, P., Bruce, A. y Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604-618.
- Bradley, B. (2015). Existential Terror. *The Journal of Ethics*, (19), 409-418.
- Brady, M. (2018). *Suffering and virtue*. Oxford University Press.
- Cazáres, R. (2022). El impacto del duelo anticipado en las actitudes reactivas de sanación. *Revista de Filosofía*, 47(1), 213-230.
- Cassell, E. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639-645.
- Cassell, E. (1986). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.
- Cassell, E. (2009). *La persona como sujeto de la medicina*. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas.
- Coward, H. y Stajduhar, K. (2012). *Religious understandings of a good death in hospice palliative care*. SUNY.
- Den Hartogh, G. (2017). Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 20(3), 413-424.
- Dugdale, L. S. (2020). *The lost art of dying*. Harper Collins.
- Eraña, A. (2021) *De un mundo que hila personas (o de la inexistencia de la paradoja individuo/sociedad)*. Universidad Nacional Autónoma de México-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1-5.

- Fajardo-Chica, D. (2021). Filosofía de la muerte en la formación en cuidados paliativos, una experiencia desde la UNAM. *Medicina Paliativa*, 28(3), 211-212.
- Fajardo-Chica, D. y Hansberg, O. (2021). *La vida emocional en la pandemia*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Flynn, T. (2006). *Existentialism: A very short introduction*. Oxford University Press.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. y Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory. En R. Baumeister (Ed.), *Public self and private self*. Springer.
- Greenberg, J., Solomon, S. y Arndt, J. (2008). A basic but uniquely human motivation: terror management. En Shah y Gardner (Eds.), *Handbook of Motivation Science*, (pp. 114-134). The Guilford Press.
- Glasgow, J. (2020). *The Solace*. Oxford University Press.
- Goldman, A. (1979). What is justified belief? En G. Pappas (Ed.), *Justification and knowledge: new studies in epistemology* (pp. 1-23). D. Reidel Publishing Company.
- Goldman, A. (1986). *Epistemology and cognition*. Harvard University Press.
- Hansberg, O. (2017). Emociones, intimidación y confianza. En O. Hansberg y R. Esteinou (Eds.), *Acercamientos multidisciplinares a las emociones* (pp. 17-35). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hermans, H. (1996). Voicing the self: from information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119(1), 31-50.
- Jimenez, T., Restar, A., Helm, P. Cross, R., Barath, D. y Arndt, J. (2020). Fatalism in the context of COVID-19: Perceiving coronavirus as death sentence predicts reluctance to perform recommended preventive behaviors. *SSM Population Health*, (11), 10061.
- Kauppinen, A. (2020). The world according to suffering. En M. Brady, D. Bain y J. Corns (Eds.), *Philosophy of Suffering* (pp. 19-36). Routledge.
- Kuri, S. D. (2018). Sentido común, filosofía y judaísmo en Franz Rosenzweig. *Revista Digital FILHA*, (18).
- McAdams, D. P. y McLean, K. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233-238.

- Menzies, R. y Menzies, R. (2020). Death Anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behavior Therapist*, (13), e19.
- Missel, M. y Birkelund, R. (2011). Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 296-301.
- Nagel, T. (1970). Death. *Noûs*, 4(1), 73-80.
- Núñez, L. F. y Martínez-González, R. (2009). Viaje al Mictlán: una revisión crítica sobre el destino de las almas y los ritos funerarios en las fuentes tempranas y los contextos arqueológicos del posclásico. *Anales de Antropología*, (43), 51-68.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. y Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Raggat, P. (2006). Multiplicity and conflict in the dialogical self: a life-narrative approach. En McAdams, Josselson y Lieblich (Eds.), *Identity and story: creating self in narrative* (pp. 15-35). American Psychological Association.
- Ruiz, S., Salazar, N. y Medina-Mora, M. (2022). La formación médica y la muerte: estudio descriptivo sobre el impacto emocional en los cuidados paliativos. *Investigación en Educación Médica*, 11(43), 82-89.
- Sand, L., Strang, P. y Milberg, A. (2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Support Care Cancer*, 16(7), 853-862.
- Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E., Guglani, S., Hodson, M., Husebo, B., Kellehear, A., Kitzinger, C., Knaul, F., Murray, S., Neuberger, J., O'Mahony, S.,... Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: Bringing back death into life. *Lancet*, (399), 837-840.
- Sapién, A. (2020). The structure of unpleasantness. *Review of Philosophy and Psychology*, 11(4), 805-830.

- Sapién, A. (2021a). El justo miedo: temor colectivo y colaboración. En Fajardo-Chica y Hansberg (Eds.), *La vida emocional en la pandemia* (pp. 165-182). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sapién, A. (2021b). Todos somos masoquistas. *Revista de la Universidad*, (872) nueva época, 58-63.
- Sleeman, K., De Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I., Gomes, B. y Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Global Health*, 7(7), e883-e892.
- Sullivan, D. (2016). *Cultural-Existential Psychology*. Cambridge University Press.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Tanyi, R. (2002). Towards a clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509.
- Tappolet, C. (2016). *Emotions, Values, and Agency*. Oxford University Press.
- Villanueva-Lozano, M. (2021). Transformarse en médico: narrativas de discontinuidad y argumentos autobiográficos. *Bajo Palabra*, (28), 200-215. <https://doi.org/10.15366/bp2021.28.009>
- Willig, C. (2015) "My bus is here": A phenomenological exploration of 'living-with-dying'. *Health Psychology*, 34(4), 417-425.

“Dios mío, ¿por qué nos has abandonado?”
El problema del mal según
el estoicismo tardío

10

Leonardo Ramos-Umaña⁽¹⁾

[...] por qué, si el mundo está dirigido por una Providencia, les
suceden tantas desgracias a los hombres buenos.

SÉNECA, *Sobre la providencia*

Según información pública disponible en el portal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el cual se compilan los datos oficiales suministrados por los diferentes países del mundo miembros de la OMS, a abril de 2022 más de seis millones de personas han perdido la vida por COVID-19 o complicaciones directamente asociadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.). Aunque la cifra resulta, francamente, pequeña en comparación con grandes epidemias del pasado reciente —entre 1918 y 1920 la pandemia por la gripe española aniquiló entre 40 y 50 millones de personas— y distante —entre 1347 y 1351 la peste negra acabó con una cifra imposible de precisar, pero que oscila entre los 70 y 200 millones de personas, aproximadamente, 60 % de la población europea en aquel entonces—, no podemos ignorar ni minimizar la larga y terrible estela de dolor que dejó cada una de esas muertes. Hablar de humanos en números es no hablar de humanos porque los números deshumanizan por completo, hacen perder de vista que estamos hablando

(1) Facultad de Filosofía y Letras.

de personas que fueron como quien escribió estas líneas o como quien en este momento las lee, que estamos hablando de abuelos, padres, hijos, tíos, primos, novios, esposos, vecinos, colegas. Incluso aquellos afortunados a quienes la pandemia no les arrebató a un ser querido no pueden negar que esta pandemia les trastocó completamente la existencia; basta hacer memoria de lo que fue este par de años de confinamiento y fuertes restricciones sanitarias, de las horas más oscuras de aislamiento, incertidumbre y terror.

Frente a una situación como esta, *que puso en evidencia cuán frágil y efímera realmente es nuestra existencia*, es inevitable que muchas personas, con el corazón estrujado y la mirada en lo alto, se pregunten: ¿cómo pudo Dios permitir que nos sucediera algo así? ¿Habrá sido todo esto un castigo contra la humanidad? ¿O será, acaso, que yace aquí una prueba de que no hay nadie allá en lo alto velando por nosotros? Por medio de estas reflexiones introductorias hemos llegado a aquello que en filosofía ha sido bautizado *el problema del mal*. Lo que plantea dicho problema es la pregunta sobre cómo podemos conciliar la existencia del mal en este mundo (desastres naturales, enfermedades incurables y congénitas, pandemias, crímenes atroces, guerras, etcétera) con la existencia de un dios con tres de las cualidades que las tres religiones abrahámicas le conceden (*i. e.* omnisciencia, omnipotencia y, especialmente, omnibenevolencia). Como se puede observar, el problema del mal florece en nuestras más profundas desesperanzas, en el núcleo de nuestros dolorosísimos desconsuelos.

Entonces, el propósito del presente escrito es explicar cómo los estoicos tardíos afrontaron el problema del mal. Sin lugar a duda, su particular interpretación del mal en este mundo representa, veremos, una valiosa lección que podemos retomar y aplicar para nuestras propias vidas a la hora de enfrentar las dificultades que puedan presentársenos —incluidas, por supuesto, situaciones como una pandemia, *la presente y las venideras*—.

EL PROBLEMA DEL MAL

Durante la Segunda Guerra Mundial el régimen nazi, con su llamada “solución final”, logró asesinar a más de seis millones de personas entre bebés,

niños, adultos y ancianos, todo por una razón: eran de “raza judía” (!!).¹ En lo que representó un absoluto triunfo de la razón instrumental, pero un fracaso total para la humanidad, la Alemania nazi logró exterminar al 90 % de los judíos de Europa occidental. Es decir, los nazis acabaron con una tercera parte de los judíos del mundo entero en esa época. Lección dura como pocas que quizá no aprendimos o que olvidamos muy pronto, durante los años del Tercer Reich vimos qué sucedió cuando la técnica progresó despreocupándose de la ética: sin ética, la tecnología avanza al margen del progreso de la humanidad o, dicho de modo más adecuado, sin ética, la tecnología avanza en contra del progreso de la humanidad.²

A raíz de estos hechos absolutamente atroces varios teólogos y simples practicantes del judaísmo empezaron a cuestionarse: si Dios es omnisciente, omnipotente y omnibenevolente, ¿entonces por qué permitió el asesinato de tantísimos inocentes? Algunos de estos inquietos pensadores, inspirados en varios pasajes del Antiguo Testamento,³ afirmaron que el holocausto judío era el castigo divino por haber relajado su observancia de los 613 mandamientos que se encuentran entre el Génesis y el Deuteronomio,⁴ es decir, tal

¹ Por supuesto, es un absoluto disparate suponer que una religión es una raza: así como no hay *raza católica* o *raza musulmana*, tampoco puede haber *raza judía*. Es más: es completamente equivocado hablar de razas en los seres humanos. Esta nota al pie puede parecer dedicada a señalar una verdad de Perogrullo, pero basta que el lector sintonice un noticiero de televisión o lea la prensa para que compruebe cuán vigente sigue el dañino e infundado discurso de las razas humanas (raza negra, raza latina, raza oriental, etcétera).

² Hay una cita maravillosa de Platón en la que el ateniense ya advertía sobre este riesgo: “todo conocimiento separado de la justicia y las demás virtudes se manifiesta como astucia (*panourgía*), no como sabiduría (*ou sophía*)” (*Menexeno*, 247a).

³ En efecto, buena parte del Antiguo Testamento sigue dicha dinámica: Dios está amistado con su pueblo, su pueblo se distancia de Dios, entonces Dios permite que su pueblo caiga en desgracia, el pueblo pide perdón y paga una expiación; Dios se amista nuevamente con su pueblo, su pueblo se distancia de Dios, entonces Dios permite que su pueblo caiga en desgracia, etcétera.

⁴ Este conteo se lo debemos, según parece, al filósofo judío sefardí Maimónides (1138-1204).

como en otras ocasiones, haber caído bajo la opresión de un pueblo enemigo había sido el alto precio por haberse ablandado en su fe.

Sin embargo, otros de estos pensadores respondieron que no, que, por más que los judíos hubiesen desoído los mandamientos, nada justifica un castigo de tales proporciones. Y, entonces, llegaron a una conclusión demoledora: si sucedió algo tan atroz como el holocausto judío es porque Dios no existe.⁵

Sin pretender comparar la magnitud de las tragedias, es probable que cada uno de nosotros nos hayamos acercado a esta opresión en partes tanto tangibles como intangibles de nosotros mismos y a la pregunta clave del problema del mal al enterarnos de noticias sobre crímenes atroces, especialmente contra niños: pederastia, torturas, violencia intrafamiliar, prostitución y pornografía infantil, explotación laboral de menores de edad y un largo etcétera.⁶ Al enterarnos de casos de este tipo, no es muy difícil ponernos en los zapatos de aquellos teólogos judíos y preguntarnos, con el corazón estrujado y la mirada en lo alto, ¿cómo es posible que exista Dios si actos tan aborrecibles suceden todos los días en este mundo? Es posible, pues, que nosotros mismos, conducidos por el corazón doliente y el pensamiento asqueado, hayamos llegado empíricamente al *problema del mal*. Repetimos su formulación más básica: ¿cómo podemos conciliar la existencia del mal en este mundo con un dios con las cualidades que las tres religiones abrahámicas (las cuales, por cierto, juntan el mayor número de creyentes en el planeta) le conceden, a saber, la capacidad de saberlo todo (omnisciencia), de poderlo todo (omnipotencia) y de ser bondad en grado sumo (omnibenevolencia)? Como los judíos que mencionamos más arriba, a lo largo de la historia varios filósofos, ante la imposibilidad o, por lo menos, incapacidad de responder a esta

⁵ Respecto de esta discusión, vale la pena leer un texto muy interesante al respecto: Katz, 2006.

⁶ En clase, suelo introducir empíricamente el problema del mal leyendo con mis estudiantes una nota periodística sobre el aberrante caso de los sacerdotes pedófilos en la Casita de Dios (*cf.* Cué y Rivas, 2017). Después de conocer los escabrosos detalles del abuso padecido por estos niños, sumada al encubrimiento de unas autoridades religiosas, más la complicidad de otras, el problema del mal surge inevitable y espontáneamente en todos en la clase.

pregunta, han llegado a negar la existencia de Dios o, al menos, de un dios poseedor de las cualidades mencionadas.

Es gracias al apologeta cristiano Lactancio (c. 250-325) —quien fue consejero Constantino I, el primer emperador romano en convertirse al cristianismo— que ha llegado a nuestras manos la que parece ser la presentación filosófica más antigua que tenemos del problema del mal. Esta versión, que Lactancio atribuye —discutiblemente— al filósofo hedonista griego Epicuro de Samos (341-c. 271 a. C.), se ha popularizado en nuestra época, de manera errónea, como un argumento a favor del ateísmo.⁷ El argumento de (Pseudo) Epicuro presenta cuatro escenarios y deduce unas consecuencias a partir de cada uno. Va como sigue:

[T1] este argumento de Epicuro también se disuelve cuando dice “Dios o desea quitar los males y no puede, o puede pero no desea hacerlo, o ni desea ni puede hacerlo, o tanto lo desea como puede hacerlo. [1] Si Él lo desea y no es capaz, es impotente, lo cual no encaja en Dios. [2] Si es capaz, pero no desea hacerlo, es maligno,⁸ lo cual es igualmente ajeno a Dios. [3] Si Él ni desea ni es capaz, Él

⁷ Que se entienda cómo un argumento a favor del ateísmo puede explicarse por una lectura del pasaje fuera de contexto —al respecto, véase nuestra nota al pie 11— o por el pobre favor del filósofo escocés David Hume (1711-1776), quien lo popularizaría en la Modernidad, de nueva cuenta, sin contexto alguno y aparentemente usándolo para refutar la posibilidad de que Dios exista ([1] si un dios omnipotente y omnibenevolente existe, entonces el mal no existe en el mundo; [2] el mal existe en el mundo; (••) por tanto, un dios omnipotente y omnibenevolente no existe [cf. Hume, 2007, X, 198, 25]). Y decimos “pobre favor” porque, de ser un argumento ateo, entonces se torna muy discutible la autoría epicúrea de cara a las siguientes líneas de la *Epístola a Meneceo*, un texto sí epicúreo fuera de toda discusión, el cual reza así: “Sin duda los dioses existen, ya que el conocimiento que tenemos de ellos es evidente” (Epicuro, 1997, 123.7-8). Un poco más abajo en la misma epístola, Epicuro especificará que el conocimiento de su existencia procede de una preconcepción (*prólēpsis*), término que en la filosofía helenística alude a un conocimiento innato y, en ese sentido, indubitable.

⁸ En el texto latino, el término que usa Lactancio es *inuidus*, cuya traducción más literal sería *envidioso*. Sin embargo, en nuestra palabra española *envidia* se pierde

es maligno e impotente y, por tanto, no es Dios. [4] Si Él tanto lo desea como es capaz, lo cual solamente corresponde a Dios, ¿entonces de dónde proceden los males? ¿Por qué Él no los elimina?”. (Lactancio, 1971, XIII.104-111)⁹

El argumento puede reconstruirse así:

1. Si Dios quiere prevenir el mal en el mundo, pero no puede, entonces Dios no sería omnipotente, con lo cual o no existe Dios o lo que existe es otra cosa,¹⁰ pero no el Dios en el que comúnmente se cree.
2. Si Dios puede prevenir el mal en el mundo, pero no quiere, entonces Dios no sería omnibenevolente, con lo cual o no existe Dios o lo que existe es otra cosa, pero no el Dios en el que comúnmente se cree.
3. Si Dios no puede ni quiere prevenir el mal en el mundo, entonces Él ni es omnipotente ni omnibenevolente, con lo cual o no existe Dios o lo que existe es otra cosa, pero no el Dios en el que comúnmente se cree.

muchísimo de la riqueza del concepto en latín, en donde *invidus* alude a quien se duele de lo bueno que le pasa a alguien, pero que, además, desea que le sucedan cosas malas a ese alguien. Por eso hemos preferido *maligno*, pues en nuestro idioma se conserva aquel rasgo del *invidus*, a saber, alguien que tiende a hacer daño y desea el mal de otras personas o se alegra de él.

⁹ La traducción es mía.

¹⁰ Aunque en el texto no aparece contemplada esta posibilidad, decidimos incorporarla en la reconstrucción porque, como señala el propio Lactancio en las líneas que siguen a las que hemos citado, el propósito de Epicuro no es demostrar la inexistencia de los dioses, sino la inexistencia de la Providencia o, lo que es lo mismo, demostrar que, aunque los dioses existen, ellos no se hacen cargo, en ningún sentido, de lo que sucede en nuestro mundo o en la vida humana (cf. Lactancio, 1971, XIII.112-116; 1990, III.17.8-29). En ese orden, pudimos haber traducido T1 como “no encaja en <nuestra concepción de> Dios” y “es igualmente ajeno a <nuestra concepción de> Dios”.

4. Si Dios puede y quiere prevenir el mal en el mundo, ¿entonces por qué existe el mal en el mundo? Con lo cual no existe Dios o lo que existe es otra cosa, pero no el Dios en el que comúnmente se cree.¹¹

Ahora, ¿cómo lidian los estoicos con el argumento de (Pseudo) Epicuro y, en general, con el problema filosófico del mal? Sea este el tema del siguiente punto.

DIOS Y LA FUENTE DEL “MAL”

Es muy posible que los estoicos sean los filósofos más píos de las antiguas Grecia y Roma. Más allá de sus líneas generales, y de algunos temas aislados, *la ética estoica no puede sostenerse sin sus ideas sobre la divinidad*. Una ética estoica atea sería, digámoslo así, como una silla a la que le arrancásemos una de sus cuatro patas y pretendiésemos pararnos encima de ella: puede que, tras algunos malabares, logremos sostenernos sobre ella unos minutos, pero en algún momento habremos de caer. En una tesis que no podremos explicar aquí con detalle, los estoicos defenderán que, *frente a lo que yace muy poco o nada bajo nuestro poder*, lo mejor que el ser humano puede hacer es lo que nosotros hemos bautizado *deseo acomodaticio* o *deseo reflejante*. Explicamos a qué nos referimos con unos ejemplos muy sencillos: *si está lloviendo, entonces* (deseo reflejante:) *yo deseo que llueva*; *si está haciendo sol, entonces* (deseo reflejante:) *yo deseo que haga sol*; *si el equipo deportivo X está ganando la competencia, entonces* (deseo reflejante:) *yo deseo que el*

¹¹ Por la última cláusula de los cuatro escenarios (“o lo que existe es otra cosa, pero no el Dios en el que comúnmente se cree”), esto es, sin interpretar el argumento como uno a favor del ateísmo, quizá podría defenderse la autoría epicúrea del anterior planteamiento pues iría en línea con *Epístola a Meneceo*, en la que, inmediatamente después de afirmar la existencia de los dioses (pasaje que citamos en nuestra nota al pie 7), agrega Epicuro que los dioses “no existen, empero, del modo en que lo juzga la mayoría de la gente, pues no los preserva tal como los juzga” (123.8-9). No nos corresponde emitir juicios definitivos sobre el tema.

equipo deportivo X sea quien esté ganando la competencia. Dicho someramente, *el deseo reflejante consiste en que, lo que Dios desea que suceda, tal cual deseo yo que suceda*. Aludiendo a este asunto, describe así el filósofo Epicteto (c.51-c.135 d. C.) uno de los pilares de la educación estoica de las emociones:¹²

[T2] *en eso consiste la educación <estoica>: en aprender a querer cada una de las cosas tal y como son. ¿Cómo son? Como las ordena El que las ordenó. Ordenó que hubiera verano e invierno, fecundidad y esterilidad, virtud y vicio y todas las demás oposiciones de este tipo para armonía del conjunto* y nos dio a cada uno de nosotros un cuerpo y los miembros del cuerpo y hacienda y compañeros.

Así pues, es preciso que vayamos a la educación teniendo presente esta ordenación, *no para cambiar sus fundamentos —pues ni nos está permitido ni sería mejor— sino para que, siendo las cosas que nos rodean como son y como es su naturaleza, nosotros mismos tengamos nuestra voluntad/disposición/inclinación (ή γνώμη) amoldada a lo que sucede*. (Epicteto, 1993, 1.12.15-18; cf. Séneca, 2013b, 5.8¹³)

Llama la atención, tremendamente, las siguientes palabras del pasaje que recién citamos: El que ordenó las cosas en el universo (*i. e.* Dios) determinó que existiese virtud (o bondad), *pero también que existiera el vicio (o maldad)* (“<ὁ διατάσων> Διέταξε [...] εἶναι [...] ἀρετὴν καὶ κακίαν”). Dios, pues, es *el causante del mal en el mundo* (!). Pero, ¿qué significa, exactamente, esto? Analicemos en qué sentidos podemos entender esta afirmación. Es posible entenderla, al menos, de dos maneras:

1. Por voluntad de Dios existe la libertad de que cada quien decida ser bueno o malo y, en ese sentido, la existencia de los unos y los otros depende de Él, no en cuanto que Él haya determinado que los malos

¹² En otro lugar hablamos un poco más sobre la *educación de las emociones* según el estoicismo tardío, cf. Ramos-Umaña, 2021, pp. 199-217.

¹³ “¿Qué es lo propio del hombre bueno? Ofrecerse al destino.”

fueran malos, sino que Él no impide que alguien que decida ser de esa manera lo sea o

2. Por voluntad de Dios existen tanto los gatitos, la sonrisa de los bebés y los cerezos en flor como los terremotos, el cáncer, las enfermedades congénitas y el coronavirus.

Considerando los otros dos ejemplos de nuestro T2 (invierno y esterilidad), parece adecuado inclinarnos por la segunda opción. Pues bien, si Dios es causa directa de tales cosas (y de las demás de ese tipo, reza el texto), es natural preguntarnos, no sin poca tribulación: según el estoicismo, ¿Dios sí es bueno? ¿O será que, precisamente, por su maldad es causante de todo lo malo?¹⁴ Pues bien, para los estoicos Dios sí es bueno; es más, no solo es bueno, sino que Él es absolutamente bueno, bueno en grado sumo. Retomando el pensar de la Stoa, Cicerón escribe:

[T3] En verdad, la virtud que hay en un hombre y la que hay en Dios son la misma porque la virtud no puede ser de otra manera: de hecho, esta corresponde a la naturaleza en su estado de perfección. (Cicerón, 2009, 1.8.25; cf. Séneca, 2013b, 1.5-6)

Este pasaje está lleno de complicaciones filosóficas tanto patentes como latentes¹⁵ que no podemos abordar aquí, pero, en aras de la argumentación,

¹⁴ Recuérdese el principio griego según el cual no se puede dar lo que no se tiene, por ejemplo, yo no puedo enseñar mandarín a mis estudiantes si yo mismo no sé mandarín.

¹⁵ Una pregunta frecuente a lo largo de la filosofía grecorromana es *si Dios tiene virtudes o no*. La pregunta, que en principio parece fácil de responder —claro que sí, nos apresuraríamos a responder, claro que Dios es bueno y justo y valiente y etcétera—, pensada con más cuidado devela un serio problema. Por ejemplo, decimos que valentía es la virtud a partir de la cual una persona, al enfrentar una situación peligrosa, logra sobreponerse a su propio miedo para hacer lo que es debido. Esto es, por las definiciones predominantes en la filosofía grecorromana, *la virtud implica un ser capaz de sobreponerse sobre las pasiones que son indebidas o que*

podemos explicarlo de manera muy básica de la siguiente forma: si la perfección de la cual son capaces los seres humanos se denomina *virtud* y el ser virtuoso se traduce —entre otras cosas— en ser bondadoso, entonces, con mayor razón Dios, que es perfección en grado sumo, debe ser virtuoso en grado sumo y —entre otras cosas— bondadoso en máximo grado.

Ahora, si la tesis anterior es verdadera, entonces, de nueva cuenta, cabe preguntar ¿por qué un Dios que es suma bondad es el causante de tener en frente tantas dificultades (enfermedades, muerte, sismos, clases con Leonardo Ramos-Umaña)? Respondamos a esto con una analogía epictetea (cf. Epicteto, 1993, I.24.1-5; III.24.113): imaginemos que Epicteto es nuestro maestro de gimnasia y todos nosotros somos sus pupilos. Él desea que todos ganemos nuestra medalla de oro. ¿Qué hará falta para eso? Sin duda, que Epicteto nos enseñe las diferentes técnicas gimnásticas. También, que nosotros nos ejercitemos continuamente según dichas técnicas. Sin embargo, ¿con eso basta? El turbulentísimo año 2020 nos deja en claro la respuesta: los entrenadores pueden desempeñar bien su labor; miles de atletas, que de ellos aprendieron, pueden desempeñar bien su labor, pero nadie se va a llevar una medalla de oro si, por algún motivo, no se celebren las competencias. ¿Qué significa esta analogía? Que, según los de la Estoa, *Dios nos pone de cara a las dificultades no por maldad suya, no porque nos esté castigando, no porque algo de lo que sucede o existe se le salga de las manos, sino que nos pone las dificultades para que nosotros tengamos oportunidad de mostrar de qué somos capaces*. Esto es, *esas dificultades tienen una función fundamental en nuestro proceso de alcanzamiento de la virtud y la sabiduría*. ¿Qué función? *La de permitirnos poner en práctica nuestros preceptos estoicos*.

nos mueven a lo indebido (valentía es sobreponerse al deseo de huir del campo de batalla, justicia es sobreponerse al deseo de dar o tomar más o menos de lo que conviene en cada caso, etcétera) y, en ese orden de ideas, si Dios tiene virtudes, entonces Dios tendría que tener pasiones indebidas, inclinaciones a realizar algo indebido a las cuales logre sobreponerse. Según Cicerón, esta fue una de las críticas que el filósofo académico Carnéades lanzó contra la tesis estoica de que dios es virtuoso (cf. Cicerón, 1999, III.38; véase también Sexto Empírico, 1936, IX.152-177).

[T4] Las circunstancias difíciles son las que muestran a los guerreros (*toùs ándras*).¹⁶ Por tanto, cuando des con una dificultad, recuerda que Dios, como un maestro de gimnasia, te ha enfrentado a un duro contrincante.

—¿Para qué? —pregunta.

—Para que llegues a ser un vencedor olímpico. Pues no se llega a ello sin sudores. (Epicteto, 1993, I.24.1-2.3; cf. Séneca, 2013b, 1.5-6; 2.7; 4.12)

A modo de clamor (muchas veces, en directo reproche contra los que afirman ser parte de su propia escuela), Epicteto insiste en que *no es estoico el que sabe recitar la teoría estoica, sino que es estoico quien vive la teoría estoica* (Epicteto, 1993, II.19.20-19.25)¹⁷ y *las dificultades que se nos presentan en esta vida son, precisamente, la oportunidad que Dios, en su amor, nos da de practicar nuestro estoicismo*. “Así pues, el dios endurece, ejercita a los que pone a prueba, a los que ama” (Séneca, 2013b, 4.7). Como las competencias deportivas en el caso de los atletas, las dificultades en esta vida son la ocasión sin la cual nadie puede ganar su santidad.¹⁸ En una pequeña pero en verdad

¹⁶ La acepción más común de la palabra griega ἀνὴρ es “varón”. Sin embargo, también es posible traducirla como “soldado” o “guerrero”, que es la que hemos preferido.

¹⁷ Vale la pena citar las palabras de Musonio Rufo (s. I d. C.), maestro de Epicteto, para recordarnos la esencia de la ética estoica tardía: “*La virtud —decía— es un conocimiento no solo teórico, sino también práctico*, como la medicina y la música. Por tanto, igual que el médico y que el músico, no solo es preciso que cada uno acepte los principios de su arte, sino que además hay que ejercitarse en actuar según los principios; y así, *el hombre que ha de ser bueno no solo debe aprender cuantos conocimientos le conducen a la virtud, sino que además debe ejercitarse de acuerdo con ellos celosa y laboriosamente*” (Musonio, 1995, 6.2-6.9).

¹⁸ Deliberadamente usamos este anacronismo para traer a colación dos puntos respecto del cristianismo. En primer lugar, durante casi una quincena de siglos se popularizó la *leyenda* —hacemos énfasis en la palabra— de que existió una relación, por lo menos epistolar, entre el estoico Lucio Anneo Séneca (4 a. C.-65 d. C.) y San Pablo de Tarso (5-c. 65 d. C.), personaje fundamental en el cristianismo como lo conocemos hoy. Aunque los textos que apoyaban esta creencia (ocho epístolas de Séneca, seis respuestas de San Pablo) han sido declarados espurios (son, por lo menos, del siglo IV d. C.) y, por ende, la supuesta relación hoy día ha sido

maravillosa fórmula lo sintetiza Séneca: “La virtud se marchita sin un adversario” (2013b 2.4; cf. 4.6). Como indicamos con la analogía de las competencias deportivas, si no tuviésemos dificultades en nuestra vida, no tendríamos oportunidad de demostrar de qué somos capaces, de llegar a ser mejores, de llegar a ser los mejores. ¡Eso es lo que nos regala Dios cada vez en que nos pone frente a una dificultad! “Que eso mismo te quede claro con respecto al dios: no tiene al hombre bueno en la molicie, sino que lo pone a prueba, lo endurece, lo hace digno” (2013b, 1.6).

Sobre el monte Gólgota, entre dos ladrones, yacía muriendo de muerte lenta aquel a quien, para escarnio y burla, habíanle puesto sobre su cabeza sanguinolenta un letrero que rezaba “*Rēx Iūdaeōrum*”. Desnudo, desollado, con unos clavos de nueve pulgadas atravesándole pies y manos, rodeado de enemigos que no aplacaban su ira ni viéndole agonizar en la cruz, aquel varón alzó los ojos al cielo y gritó con todo su cuerpo y alma: *Hēlí, Hēlí, lamà saba-chthani?*¹⁹ Pues bien, si por ahí pasase un estoico y hubiese oído el clamor del Nazareno, le hubiese respondido de la siguiente manera: “Discúlpame, Jesús, pero te equivocas. Es ahí, en los momentos más difíciles, cuando Dios está especialmente a nuestro lado, al pendiente de cómo te demuestras, si como un campeón olímpico o como un perdedor”. En otras palabras, de acuerdo con la filosofía estoica, toda crisis es una oportunidad para salir mejores o, dicho de otra manera, *la adversidad es la mejor ocasión para alcanzar la virtud*.

desestimada casi del todo, lo cierto es que sí hay algunas *inquietantes coincidencias* entre el cristianismo y el estoicismo. Para mencionar solo un ejemplo, la tesis de que *las dificultades están hechas para probar la fe también aparece en el Nuevo Testamento*: “El poder de Dios, que se activa por medio de la fe, os protege para la salvación, dispuesta ya para ser revelada en el último momento. Por este motivo, reboáis sin duda de alegría, *pero es preciso que todavía por algún tiempo tengáis que soportar diversas pruebas*. De ese modo, *cuando Jesucristo se manifieste, la calidad probada de vuestra fe, más preciosa que el oro perecedero que es probado por el fuego, se convertirá en motivo de alabanza, de gloria y de honor*” (Primera Epístola de Pedro 1, 5-7 énfasis nuestro).

¹⁹ Cf. Mateo 27, 46; Marcos 15, 34.

Tal como solo se llega a ser excelente matemático resolviendo muchos problemas matemáticos, análogamente solo es gracias a tener que afrontar las dificultades en esta vida que llegamos a ser hombres y mujeres de virtud. Eso es una enfermedad, un despido, una quiebra, una guerra, una pandemia: oportunidades para generar y ejercitar nuestra virtud, para hacernos verdaderos sabios. “El dios tiene con los hombres una actitud de padre y los ama virilmente y dice: «que se vean acosados por quehaceres, penalidades y perjuicios, para que adquieran la auténtica fortaleza»” (Séneca, 2013b, 2.6). En ese sentido, y por extraño que parezca, *debemos recibir gustosos estas pruebas, casi rezar por ellas*, no por sí mismas, sino por lo que podemos alcanzar a través de ellas (Séneca, 1986, 67.4).²⁰ Solo entendiendo estas ideas logramos entender las siguientes palabras del filósofo cordobés: “«Nada —me dice— me parece más desdichado que uno al que nunca le ha ocurrido ninguna contrariedad». Pues no ha tenido ocasión de ponerse a prueba” (Séneca, 2013b, 3.3; cf. 4.2; 4.3; 4.6). Y también:

[T5] Te confesaré en qué disposición de ánimo me encuentro cuando lo voy leyendo: me complazco en retar toda adversidad, me complazco en exclamar: “¿A qué aguardas, fortuna? Ven a mi encuentro, estoy preparado”. Me revisto del coraje propio de aquel que busca la ocasión en que ponerse a prueba, en que manifestar su valor,

y hace fervientes súplicas para que se le presente en medio del rebaño indefenso un jabalí exhalando espuma, o un dorado león. (Virgilio, *Eneida* IV, 1 58-1 59.)

²⁰ En la cultura popular anglosajona existe algo llamado la *maldición china*, la cual reza así: “*May you live in interesting times*” (ojalá te toque vivir en tiempos interesantes). Se considera maldición porque, implícita, tiene una idea: los tiempos de paz y estabilidad son tiempos “aburridores”, mientras que los de turbulencias políticas, sociales, económicas, etcétera, son “interesantes”. ¡Con qué gusto recibiría un estoico esta maldición!

Me agrada tener una dificultad que superar, una prueba que estimule mi paciencia. (Séneca, 1986, 64.4-5)

Por supuesto, no se trata de *buscar* las dificultades, mucho menos de *generarlas* (por ejemplo, buscar que nos asalten o provocarnos una enfermedad). Se trata de ser conscientes de que las grandes tragedias de la vida llegarán tarde o temprano y de aceptarlas de buena gana, con buen ánimo, dispuestos a dar lo mejor de nosotros en esos casos. *Es lo que cada uno de nosotros hacemos frente a esas tragedias lo que importa, es la actitud con la cual afrontamos esas dificultades lo que determina si aquello habrá de ser algo bueno o malo para nosotros, i. e. si salimos triunfales o derrotados de la prueba.*

Ahora, aunque debemos sentirnos agradecidos con las oportunidades que Dios nos da para probar nuestra virtud (como reza nuestro T5), es un hecho que *no es fácil encarar las pruebas de la divinidad, mucho menos si se trata de una prueba imprevista*. ¿Cómo podríamos salir bien librados de un examen sorpresa? Cumpliendo con el lema de los *boy scouts*: “¡Siempre preparados!” Piensa, querido lector, ¿qué suceso sería el más terrible para ti en este momento de tu vida? ¿Acaso la muerte de tu madre, de alguno de tus hermanos, de tu cónyuge, de tus amados hijos? ¿O, quizá, la pérdida de aquel negocio al que les has dedicado años de esfuerzo y montañas de dinero? ¿O, tal vez, que te diagnosticaran alguna enfermedad gravísima, incluso una terminal? Y si sucediese cualquiera de estas cosas, ¿sabrías cómo deberías actuar? Si ahora mismo recibieras una llamada para avisarte que la persona que más quieres en este mundo acaba de fallecer, ¿sabrías qué hacer? Pues bien, para prepararnos para estas pruebas imprevistas, los estoicos proponen un ejercicio: la famosa *premeditatio malorum*, es decir, la previsión de los posibles “males” (con comillas, ya veremos por qué hacia el final de este escrito). En qué consiste dicho ejercicio: todos, en algún momento de ocio, —por ejemplo, en un trayecto de una ciudad a otra, en la cama intentando conciliar el sueño o cepillándonos los dientes— hemos llegado a pensar en situaciones en verdad terribles para nosotros, como la muerte de una persona que amamos. Lo pensamos, alcanzamos a imaginar vívidamente la situación, qué haríamos, qué diríamos, a quién llamaríamos, qué publicaríamos en nuestras redes sociales, pero luego, rápido, con un extraño sentimiento de culpa (quizá tememos estar invocando el suceso

con el pensamiento), callamos esas fantasías y hasta nos reprendemos por haberle permitido a nuestra imaginación emprender tan lúgubre vuelo. *Pues bien, la invitación estoica es, precisamente, a que abracemos esos pensamientos y pensemos, con el máximo realismo y detalle de los que seamos capaces, en todas las adversidades que nos puede suceder. Eso es el premeditatio malorum.*

[T6] Nada hay estable ni en privado, ni en público; tanto el destino de los hombres como el de las ciudades cambia. En medio de una situación muy tranquila se origina el terror, y los males brotan con violencia donde menos se esperaba, sin que ninguna causa provoque desde fuera la perturbación. Los reinos que habían subsistido ante las guerras civiles y las externas van a la ruina sin que nadie les empuje, ¡Cuán pocas ciudades han mantenido largo tiempo su prosperidad! *Así, pues, hay que sopesar todas las posibilidades y fortalecer el espíritu frente a los riesgos que nos puedan venir. Piensa en los destierros, en los sufrimientos de la enfermedad, en las guerras, en los naufragios. Una desgracia puede privar a la patria de ti o privarte a ti de la patria, puede relegarte a los desiertos y puede convertir en desierto el mismo lugar en que se agolpa la multitud. Tomemos en consideración todas las posibilidades del destino humano y anticipémonos mentalmente no solo a cuantos accidentes suceden con frecuencia, sino a cuantos en el mayor número puedan suceder, si no queremos vernos abatidos y quedar atónitos ante tales acontecimientos insólitos como si fueran excepcionales; hay que sopesar la fortuna en todos sus aspectos. (Séneca, 1989, 91.7-8)*

Premeditatio malorum no es un ejercicio de masoquismo. *Es un ejercicio de preparación.* Pensar en esas cosas que consideramos terribles, esto es, en esas dificultades nos sirve para:

1. *Entender que pueden suceder:* la mayoría de cosas en este mundo están fuera de nuestro control, por tanto, esta vida es impredecible y el que hoy está arriba en la rueda de la fortuna, mañana puede ser el que está más abajo (una verdad que cobra más sentido con los años).
2. *Anticipar su efecto en nosotros y, en ese sentido, tratar de minimizarlo:* como cuando nos avisan que están por aplicarnos una inyección.

Escribe Séneca: “Este ha perdido a sus hijos: también tú puedes perderlos; aquel ha sido condenado: también tu inocencia está expuesta a ese golpe. *Este es el error que nos engaña y debilita, cuando sufrimos lo que nunca hemos supuesto que podríamos sufrir. Quita fuerza a sus desgracias presentes quien ha previsto que llegarían*” (2013a, 9.5 -énfasis nuestro; cf. 2013b, 4.12).

3. *Tener un plan de acción relativamente listo para obtener los mejores resultados posibles en el examen sorpresa que debemos arrostrar; tengamos en cuenta que en esos momentos no será fácil tener la cabeza fría para decidir cómo obrar, así que es excelente y prudentísima idea tener un plan preparado.*
4. Séneca, Epicteto y otros de la Stoa coinciden: a todo lo que sucede en esta vida podemos sacarle provecho. Pues bien, enfocándonos en el caso de la muerte, podemos pensarla como la peor de las tragedias *o podemos aprovecharla para poner las cosas en perspectiva, esto es, la muerte puede servirnos para reconocer lo verdaderamente importante en nuestras vidas.* Si, cuando nos ponemos a pensar en la muerte de nuestra madre, de un hermano o de un amigo se nos hace un nudo en la garganta, ¡qué bueno!, porque, ahora que sabemos cuánta falta nos haría ese ser querido, entonces, prudentemente trataremos de disfrutar más de su compañía, mientras contemos con esas personas. El *memento mori* (lit. “recuerda que morirás”), una de las tesis en las cuales más van a insistir los estoicos dentro de su planteamiento ético, no es repetir en coro, como niños de escuela, “soy mortal, mis seres queridos son mortales, algún día todos vamos a morir”. Más bien, *memento mori* es asumir el peso de esta verdad y, por tanto...
5. *Estar preparados, ora para la partida de nuestros seres queridos, ora para la nuestra.* La muerte no siempre tiene la cortesía de anunciarse, muchas veces llega de improvisto y más vale estar siempre listos.²¹

²¹ De vivir hoy día, todos los maestros estoicos tendrían hecho su testamento así como sus cuotas del seguro médico y del seguro de vida al día.

6. Aprovechar ahora que estamos vivos, aprovechar a los que ahora están vivos. El *memento mori* es como la cara lúgubre de una moneda que, en el respaldo, lleva inscrita una exhortación gay: *memento vivere* (recuerda vivir). De nueva cuenta, la plena conciencia de lo inevitable y definitivo de la muerte puede ser para nuestro provecho, para buscar la felicidad aquí y ahora, para vivir de la mejor manera posible esta vida, la única vida. ¡Recuerda que morirás y, por tanto, aprovecha el ahora, aprovecha que estás vivo!²²

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, vamos recapitulando algunas cosas que hemos explicado hasta aquí. Ante la pregunta filosófica de “¿por qué existe el mal en el mundo?”, ¿qué responderíamos, según la Stoa? Si hemos prestado atención, de seguro contestaríamos que porque Dios nos quiere y, por tanto, nos quiere dar la ocasión de generar nuestras virtudes y robustecernos en ellas. Pero, si un evento podemos usarlo para crecer, para hacernos mejores, para hacernos los mejores cual campeones olímpicos o, en una palabra, para hacernos virtuosos, ¿entonces realmente ese evento es algo malo? No, ¿verdad? Lo que estamos queriendo señalar es lo siguiente: *para la filosofía estoica, en el mundo no existe el mal.*

²² Aunque las siguientes palabras provengan de los principales adversarios del estoicismo, sin duda vale la pena citarlas porque hablan en el mismo espíritu, porque proceden de una misma sensatez: “Nacemos una vez, pues no se puede nacer dos veces. Y es necesario que se exista no para siempre. Tú, aun no siendo el dueño de tu mañana, intentas aplazar tu dicha. Pero la vida se consume en una procrastinación/dilación fútil (μελλησιῶ), y a cada uno de nosotros muere sin nunca haber disfrutado de la tranquilidad” (Epicuro, 1960, 14 [traducción mía]).

[T7] Igual que nadie se propone un objetivo para fracasar, así tampoco se genera en el cosmos la naturaleza del mal (Ὡσπερ σκοπὸς πρὸς τὸ ἀποτυχεῖν οὐ τίθεται, οὕτως οὐδὲ κακοῦ φύσις ἐν κόσμῳ γίνεται). (Epicteto, 1995, 27)

A esta afirmación diminuta le podemos sacar un provecho enorme. ¿Qué está señalando Epicteto? El pasaje, aparentemente sencillo, alberga insondables profundidades.²³ Sin embargo, podemos pensar que el argumento se puede reconstruir así, a partir de varias premisas implícitas de cuestiones que tratamos antes:²⁴

1. Nadie razonable y bienintencionado crea algo con la intención de crearlo mal.
2. Dios lo creó todo.
3. Dios es 100 % razonable, 100 % bienintencionado.
 - ∴ No puede ser que Dios haya creado el mal.

En otro lugar expusimos la tesis estoica según la cual el común de las personas cometemos un error al clasificar, desde nuestra propia ignorancia, el mundo en cosas buenas y malas (cf. Ramos-Umaña, 2021, pp. 201-206). Pues bien, afirmar que un terremoto, una pandemia, una enfermedad terminal o una guerra es un “mal” o algo “malo” es un relapso, *i. e.* estamos incurriendo en aquellas clasificaciones ignorantes del mundo de las cuales el sabio estoico se debe liberar. Pensemos en la siguiente imagen: si lo vemos desde la parte de abajo, cualquier tapete resulta oscuro, con colores mal o pésimamente combinados, hebras, hilos y cuerdas enmarañados, otros sueltos, acaso

²³ Quizá el mejor ejemplo de cuánto se puede explorar y expresar sobre este capítulo 27 es el amplísimo comentario que Simplicio le dedica.

²⁴ Simplicio, *ad loc.*, ofrece una reconstrucción del argumento diferente, pero también con varias premisas implícitas (cf. 2014, 81.36-42):

- (1) Lo malo es fallar a la hora de alcanzar el objetivo/blanco (*skopós*).
- (2) Cuanto ocurre en el cosmos ocurre por naturaleza y esto es alcanzar el objetivo/blanco.
- ∴ Lo malo no ocurre en el cosmos.

logras adivinar algunas figuras, pero todas lucen horrendas. Sin embargo, si pudiéramos observar el tapete por la parte de arriba y, sobre todo, si pudieses tener visión de conjunto, descubriríamos que siempre estuvimos en presencia de un magistral tapete persa y nos daríamos cuenta de que la posición de cada fibra, así se viera feo o, simplemente, sin razón de ser por el lado de abajo, en verdad presta una función precisa para que la obra en su conjunto quede bella, que esas cuerdas, esos hilos, esas formas informes o deformes que apreciaste (o despreciaste) antes, observadas desde arriba, forman unos arabescos sobrios pero muy elegantes, unas figuras vegetales o animales realizadas con tal maestría que sientes auténtico pesar en poner tu tapete persa en el suelo y prefieres colgarlo en una de las paredes de tu casa. Pues bien, a veces este mundo y la historia que arrastramos como humanidad puede hacernos pensar que existen cosas malas, que han pasado cosas malas, *pero esto es solo una manifestación más de nuestras mentes limitadas*, de nuestros juicios apresurados, porque *en realidad todo lo que ha sido, es y será tiene una razón dentro del plan divino*. El estoicismo elimina el mal del mundo dándole pleno sentido y qué mejor para ello que la tesis de la divina providencia.

[T8] Todo está entretejido mutuamente, su vínculo es sagrado y casi nada es ajeno entre sí. En efecto, forma un conjunto organizado y pone orden al mismo universo, porque el universo es uno a partir de todos, dios es uno a través de todos, la substancia es una, la ley es una, la razón es común a todos los animales inteligentes, la verdad es una, si es que es una la perfección de seres del mismo género y que participan de la misma razón. (Marco Aurelio, 1993, VII.9)

Entonces debemos concluir, ¿qué? ¿Que, según los de la Estoa, no existe el mal en absoluto? Sí, sí existe. ¿Pero acaso no dijimos que...? Repetimos: el mal sí existe, *pero solo en nuestras almas*:

[T9] La esencia del bien es cierta clase de arbitrio;²⁵ la <esencia> del mal, cierta clase de arbitrio. Entonces, ¿qué es lo exterior? Materias para el arbitrio, en cuyo

²⁵ El término griego es *proaíresis*. Este concepto es, de lejos, el más importante en

trato alcanzará su propio bien o mal. ¿Cómo alcanzará el bien? Si no admira las materias. Pues si las opiniones sobre las materias son correctas, hacen bueno al arbitrio, pero si son torcidas y desviadas, malo. (Epicteto, 1993, I.29.1.1-8.3)²⁶

Nuestra alma depende enteramente de cada uno de nosotros, de ahí que, según como cada quien piense, reaccione anímicamente y actúe, esta sea buena o mala. En cambio, lo que existe y sucede en el mundo depende de Dios, máxima racionalidad y máxima bondad en el cosmos, de ahí que todo lo determinado por Él sea perfecto. Y, en ese sentido, a pesar de lo que sucede en el mundo, a pesar de las dificultades que toquen a nuestra puerta, no tenemos ningún argumento para dudar de su omnisciencia, su omnipotencia y su omnibenevolencia.

Si hemos de aceptar que Dios existe, que nadie tan bueno como Él, que nadie tan sabio como Él y que todo ha sido determinado por su sabiduría, poder infinito y bondad, no podemos aceptar la tesis de que existe mal en el mundo. Las dificultades que se nos presenten en esta vida, esas pruebas que de vez en cuando Él nos pone al frente, son no solo la mejor, sino la única oportunidad de ser mejores, de ser los mejores. *Se trata, pues, de arros-trar las pruebas inevitables de esta vida armados con sabiduría previa* (para lo cual, dijimos, el *memento mori* nos viene excelentemente), *presto a llenarnos de sabiduría nueva* y, sobre todo, siempre con actitud serena, conscientes de que no existe circunstancia gracias a la cual no podamos salir siendo mejores, conscientes de que el mal no existe, excepto el que nosotros decidamos que suceda en nuestra alma. Y el estoicismo es, en suma, la preparación para que ese mal interior nunca suceda.

toda la filosofía de Epicteto, aunque uno de los menos claros. En otro lugar hicimos un intento de dar luces sobre qué es este concepto (Ramos-Umaña, 2022).

²⁶ En la misma línea se expresa Marco Aurelio: “Hoy salí de cualquier estorbo, mejor dicho, arrojé cualquier estorbo, porque no estaba fuera, sino por dentro, en mis creencias” (1993 IX.12). Sobre la importancia capital de las creencias para el alcanzamiento de la felicidad, ver Ramos-Umaña (2021, pp. 206-212).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biblia de Jerusalén. (2009). 4ª ed. Desclee de Brouwer.
- Cicerón, Marco Tulio. (1999). *Sobre la naturaleza de los dioses*. Gredos.
- Cicerón, Marco Tulio. (2009). *Las leyes [De Legibus]*. Gredos.
- Cué, C. y Rivas, F. (2017). Infierno en la “casita de Dios”: dos curas violaban niños sordos. El País. https://elpais.com/internacional/2017/05/13/actualidad/1494703067_140518.html?id_externo_rsoc=TW_CC.
- Epicteto. (1993). *Disertaciones por Arriano*. Gredos.
- Epicteto. (1995). *Manual*. Gredos.
- Epicuro. (1960). Gnomologium Vaticanum. En Graziano Arrighetti (Ed. y trad.) *Epicuro Opere*. Giulio Einaudi Editore.
- Epicuro. (1997). Epístola a Meneceo. En M. Boeri (Ed. y trad.) *Sobre el placer y la felicidad*. Editorial Universitaria.
- Hume, D. (2007). *Diálogos sobre la religión natural*. Tecnos.
- Katz, S. (2006). *Wrestling with God: jewish theological responses during and after the Holocaust*. Oxford University Press.
- Lactancio. (1971). *Vom Zorne Gottes [De ira Dei]*. H. Kraft, A. Wlosok (Eds.). Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Lactancio. (1990). *Instituciones divinas* (libros I-III). Gredos.
- Marco Aurelio. (1993). *Meditaciones*. Cátedra.
- Musonio Rufo. (1995), *Disertaciones*. Gredos.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (s.f.). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Recuperado el 30 de abril de 2022 de <https://covid19.who.int/table>
- Ramos-Umaña, L. (2021). Felices por siempre: estoicismo como educación de las emociones. En D. Fajardo-Chica y O. Hansberg (Eds.), *La vida emocional en la pandemia* (pp.199-219). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramos-Umaña, L. (2022). Proátesis en Epicteto. *Nova Tellvs*, 40(2), 53-81.
- Séneca. (1986). *Epístolas morales a Lucilio* (Vol. 1). Gredos.
- Séneca. (1989). *Epístolas morales a Lucilio* (Vol. 2). Gredos.

Séneca. (2013a). *Consolación a Marcia*. En Juan Mariné Isidro (Trad.) *Consolaciones*. Gredos.

Séneca. (2013b). *Sobre la Providencia*. En J. Mariné Isidro (Trad.) *Diálogos*. Gredos.

Sexto Empírico. (1936). *Against the Physicists*. Harvard University Press.

Simplicio (2014). *On Epictetus Handbook 27-53*. Bloomsbury.

**SENTIRES COLECTIVOS
PARA LA RESILIENCIA**

Éramos personas: reflexiones en torno a la dimensión colectiva de las emociones durante la pandemia

11

Ángeles Eraña⁽¹⁾

Iván E. Gómez Aguilar⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Hay preguntas que, pese a las incesantes respuestas que suscitan, difícilmente dejarán de rondarnos por algún tiempo. La pregunta sobre cómo afrontamos en sociedad la pandemia es una de ellas. Admitir esta situación no es renunciar a obtener descripciones empíricas adecuadas sobre lo acontecido; es, más bien, una invitación para no soslayar los obstáculos reales a los que nos enfrentamos para entendernos y llegar a consensos sobre la cuestión en el corto y mediano plazos. Entre otras cosas, los contextos de polarización política y social presentes en el momento mismo en el que la pandemia emergió contribuyen a que esto suceda. La polarización favorece una desatención a la multiplicidad de causas sociales que, de hecho, profundizaron la dimensión de la catástrofe y alienta una simplificación de las dimensiones que son relevantes atender. No se trata de diagnosticar únicamente qué fue lo que incrementó el lamentable número de muertes, sino de entender un sinnúmero de procesos que tuvieron un papel importante para que el curso de los acontecimientos demostrara que las poblaciones con mayores adversidades han sido las más afectadas.

(1) Instituto de Investigaciones Filosóficas, (2) Universidad Autónoma Chapingo.

Bajo la convicción de que es pertinente ampliar el horizonte de interpretación sobre la pandemia que a diciembre de 2021, tiempo en el que fue escrito el presente texto, aún nos aqueja, el presente capítulo escudriña la dimensión imperceptible y poco examinada relacionada con las emociones y su papel en los comportamientos colectivos. Desde nuestra perspectiva, es central tener en cuenta las implicaciones sociales de esta dimensión para producir un mejor diagnóstico sobre cómo actuamos durante estos años. Nuestro punto de partida reflexiona y problematiza algunos instantes capturados en expresiones ampliamente difundidas, como los llamados a “quedarse en casa”, a “evitar el contagio”, la sugerencia de mantener la “sana distancia” o la invitación a “declararle la guerra a la desinformación”. A nuestro juicio, dichas expresiones esconden la complejidad del momento histórico en tanto que sintetizan una relación problemática de las sociedades actuales entre el conocimiento experto, las emociones y el riesgo.

En principio, tales expresiones podían leerse como llamados de las áreas expertas a salvaguardarnos sobre los riesgos que acarrea la inminente llegada de la pandemia a nuestro territorio (el contagio, principalmente, pero también la desinformación como fuente de comportamientos que contravenían los propósitos de evitar la dispersión del nuevo coronavirus). Sin embargo, aquellos operaron guiados no solo por los fundamentos epistémicos de sus áreas de conocimiento, sino también por la necesidad, que parecía apremiante al menos durante los primeros meses de 2020, de movilizar emociones que condicionaran nuestro comportamiento.

En este trabajo consideramos que los saberes expertos hegemónicos — como la salud pública, la epidemiología y la biomedicina—, auspiciados por el poder que los Estados les confirieron como herramientas centrales para atender los efectos de la pandemia, terminaron por producir y difundir un miedo generalizado que puede considerarse como un miedo colectivo.¹ Lo hicieron mediante un discurso basado en metáforas del conflicto, principalmente de

¹ Más adelante haremos ver la diferencia entre una emoción individual esparcida, una emoción grupal y una emoción colectiva. Argumentaremos que el miedo del confinamiento es del último tipo.

carácter bélico que sustituyeron en principio otras formas de pensar, prioritariamente lo comunal. Las emociones colectivas son procesos que inducen ciertas formas de conducta y promueven otras específicas de relacionarnos entre nosotros; por ello, tienen consecuencias importantes en los ámbitos social, político y epistémico que son urgentes de comprender. Desde nuestra perspectiva, una consecuencia del fomento del miedo colectivo fue justamente la profundización de las rupturas del tejido social, las cuales estaban medianamente articuladas.

Para desarrollar y defender estas ideas haremos ver, en primer lugar, que los Estados nacionales otorgaron una prioridad desmedida a algunos saberes expertos científicos como la mejor guía para afrontar la pandemia.² Esto tuvo como consecuencia la minimización y oscurecimiento del valor y la relevancia que otros saberes expertos habrían tenido para ganar una mejor comprensión (más compleja y sofisticada) del fenómeno que nos aquejaba. Desde nuestra perspectiva, esta jerarquización facilitó la constitución de un discurso público basado en metáforas bélicas y de conflicto para comprender el estado del avance de una pandemia y las acciones para mitigarla. Nuestra reflexión no busca demeritar el papel que tuvieron los saberes expertos en el centro de las estrategias; más bien, busca detenerse a escudriñar algunas de las consecuencias que produjo el hecho de que, al ser convocados un número limitado de experticias, la forma en como representaron y comunicaron el fenómeno tendió a la simplificación de lo que consideraban importante.

En segundo lugar, sostendremos que el discurso basado en metáforas bélicas y de conflicto que estas experticias utilizaron como recurso comunicativo favoreció el despliegue de un miedo colectivo. Nos interesa mostrar que, independientemente de las buenas intenciones de los saberes expertos, ellos contribuyeron a producir este fenómeno de reproducción colectiva de una emoción, lo cual auspició una degradación del bienestar que paradójicamente era el que buscaban ofrecer mediante sus mensajes y recomendaciones. Por último, reflexionamos sobre las consecuencias paradójicas que el

² Esto fue el caso para casi cualquier Estado nacional europeo o americano, pero lo fue de manera particularmente notoria para el caso del Estado mexicano.

distanciamiento —entendido y pregonado como la mejor forma de “combatir” a la pandemia a la luz de lo que definían determinados expertos— tuvo para el tejido social: su ruptura y, con ella, una despersonalización generalizada. Lo hacemos bajo la convicción de que, en este contexto, es importante invitar a pensar desde otras coordenadas ontológicas si los cuidados y la atención pueden ser de otra manera, una en la que la persona sea entendida como un ente colectivo.

LAS EXPERTICIAS Y EL DISCURSO PÚBLICO

Cuando a principios de 2020 se diseminó la noticia a nivel mundial acerca de la identificación de un nuevo coronavirus semanas antes en la región de Wuhan, China, se difundió al mismo tiempo la idea de que la mejor forma de afrontar el fenómeno de lo que parecía una potencial pandemia era actuar conforme a las directrices señaladas por los expertos y la ciencia. En su carácter de institución multilateral, la OMS jugó un papel fundamental para definir una serie de medidas que, al ser confeccionadas bajo el consenso de expertos en la materia, tuvieron un gran respaldo y reconocimiento en lo referente a la detección, atención y prevención de los casos de la nueva enfermedad llamada COVID-19. Ejemplos de lo primero fue la caracterización del fenómeno, esto es, definir en qué momento el brote comunitario de una nueva enfermedad adquiriría el estatus de una pandemia;³ o bien, la difusión de los protocolos de detección y rastreo de los casos de la enfermedad en las poblaciones (World Health Organization [WHO], 2020a). Ejemplo de lo segundo fue el establecimiento de una hoja de ruta, que indicara el tipo de investigación científica requerida para mejorar las acciones con las cuales entender la evolución de la enfermedad, así como detener o mitigar su dispersión en el mundo (WHO, 2020b).

³ Formalmente, la pandemia fue declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, aunque desde el 30 de enero del mismo año la institución había declarado el estado de emergencia internacional a causa de la identificación del nuevo coronavirus.

A partir de ese momento, actuar para contener la dispersión del nuevo coronavirus SARS-COV2 en las poblaciones de los países representó, en algún sentido, dar seguimiento a las directrices señaladas por la OMS. Sin embargo, pese a los diferentes esfuerzos por establecer una agenda mundial para el entendimiento y tratamiento de la nueva enfermedad, la realidad mostró que las respuestas al brote pandémico dependían de circunstancias particulares. Entre esas eventualidades estaban las capacidades y poder de los Estados nacionales, sus sistemas de salud y las decisiones de sus grupos de asesores expertos para definir cómo poner en práctica o adaptar las acciones sugeridas por la OMS dentro de sus jurisdicciones. En ese sentido, es comprensible que haya habido diversas estrategias para tal cometido (Lupton, 2020). Algunos Estados nacionales como Suecia, optaron por estrategias que buscaron “preparar” a la población de manera más laxa para la transmisión comunitaria del coronavirus, para alcanzar pronto una “inmunidad de rebaño”.

Aunque la gran mayoría de países establecieron estrategias de mitigación que tenían como principio regular la movilidad de la población en distintos grados, algunos casos conocidos como el de la ciudad de Wuhan, o países como Corea, Italia, España o el Reino Unido —por mencionar solo algunos de los más difundidos mediáticamente—, implementaron confinamientos estrictos a sus poblaciones. Los Estados se atribuyeron el poder para sancionar el libre tránsito, y utilizaron figuras jurídicas excepcionales por periodos limitados para obligar a los ciudadanos a cumplir los estados de alarma y cuarentenas irrestrictas. Otros países como el nuestro o Alemania, o varios países de África, establecieron confinamientos menos estrictos. Si bien en estos casos no se utilizaron sanciones contra el libre tránsito, en la práctica lo fomentaron habida cuenta de que las actividades en casi todos los ámbitos de la vida social se suspendieron por decreto durante lapsos de tiempo más o menos prolongados.⁴

⁴ Es importante considerar que la organización política de los Estados nacionales es diversa. En algunos casos las competencias de las sanciones extraordinarias al libre tránsito u obligatoriedad de acciones de cuidado recayó en niveles jurisdiccionales no federales. En el caso de nuestro país, algunos gobiernos estatales establecieron

Desde los Estados la invitación a la población se basaba en la idea de que, en contextos de incertidumbre, la mejor autoridad para salvaguardarla y preservarla no era confiar en la voluntad de sus miembros, sino en el Estado y sus instituciones gubernamentales. Quizá tal vez esto explica por qué la construcción de un discurso público basado en las metáforas bélicas o de conflicto tuviera tanto eco desde los primeros meses, pues se consideró una forma adecuada de transmitir el contraste entre la “amenaza externa” y una actuación cohesionada de defensa. En ese sentido, ensalzar la unidad frente a la invasión de un “nuevo enemigo” tenía varios cometidos. En primer lugar, bloqueaba toda reflexión sobre las responsabilidades de los seres humanos frente al estado de la cuestión (para responder con una sugerente llamada a resistir por parte de los ciudadanos, a manera de preámbulo de “victoria” frente a la nueva calamidad). En segundo lugar, acotaba el espacio para legitimar una narrativa dominante que desde ciertos saberes expertos definiera la interpretación del fenómeno, la estrategia a seguir y las prioridades a tomar en cuenta para vencer al enemigo.

No fueron pocos los personajes públicos y autoridades en el mundo que hablaron de una “guerra sanitaria” (Macron), “tiempos de guerra” (Johnson, Trump), o “trincheras en los hospitales” (Conte) (Panzeri et al., 2021). El propio secretario general de las Naciones Unidas habló de un periodo de guerra contra el nuevo coronavirus en la 74 Asamblea Mundial de Salud. La reproducción de este discurso cargado de conflicto no se limitó a las autoridades de los Estados, pues también se reprodujo en múltiples líneas editoriales de medios de comunicación, quienes la adoptaron y amplificaron como una metáfora sugerente para diseminar la imagen de una coyuntura catastrófica. “Es una zona de guerra” titulaba un reportaje del diario *The Guardian* para describir la experiencia del personal médico (Berger, 2022).⁵ Por

algún tipo de mandato extraordinario como el uso del cubrebocas.

⁵ El reportaje reproduce palabras textuales de sus entrevistados, personal de salud que al momento llevaba dos años atendiendo casos COVID-19. Al retomar la metáfora, amplifica la representación que dicho personal hace sobre el fenómeno.

estudios preliminares hoy se sabe que esta línea editorial ha tenido consecuencias negativas en las personas (Georgiou, 2021).

La escisión entre el Estado y la sociedad, no obstante, es limitada para entender a cabalidad el carácter de los acontecimientos durante esos primeros meses de 2020. Conforme transcurrió el tiempo, los medios y algunos actores de la sociedad civil, así como las autoridades estatales e instituciones multilaterales, recurrieron a la confrontación de nuevos objetivos a vencer. Ejemplo de ello fue el llamado de la ONU a mejorar la comunicación social y el consumo de la información que circulaba sobre la enfermedad. Lo hacía en respuesta a facetas desconocidas para este tipo de contingencias globales, tales como la sobreexposición de información respecto del tema, resultado de la ampliación de canales de comunicación presente en las sociedades contemporáneas.⁶ Este llamado se convirtió rápidamente en un nuevo frente de batalla, el de la “guerra contra la desinformación”⁷ que era importante ganar, pues representaba una fuente que impedía a las personas y las poblaciones una comprensión adecuada del fenómeno —tal y como lo describía la ciencia—, y evitaba que estas actuaran de la manera correcta para reducir los riesgos de contagio.

La “guerra contra la desinformación” supuso un añadido a la “guerra” que se estaba librando contra la enfermedad, pero ambas coincidían en establecer un horizonte de evaluación desde el cual las autoridades estatales y los grupos de expertos ponderarían los comportamientos de los individuos. Seguir las (a veces nuevas y cambiantes) directrices basadas en la evidencia que las experticias vinculadas al quehacer científico iban acumulando y

⁶ Es interesante notar y subrayar que para este fin se recurrió a la medicalización de un fenómeno social, que denominó a sus efectos nocivos como infodemia.

⁷ La frase es la editorial de un medio en México que analizó las respuestas que en marzo de 2020 dio el subsecretario de salud de México, Hugo López Gatell, a las preguntas e inquietudes de diversos medios de comunicación. Desde su punto de vista, la cobertura mediática tergiversaba y desinformaba sobre cuestiones como el número de pruebas necesarias o el comportamiento del presidente. El medio, en este caso, concibió la divergencia de opiniones como un conflicto bélico. Consultado en Rompeviento TV. (17 de marzo de 2020).

postulando, se convirtió en un imperativo para los ciudadanos, independientemente de que los fundamentos de la evidencia recién recabada y de las guías de comportamiento que sugerían pudieran generar objeciones. Se hizo caso omiso a la diversidad de circunstancias materiales y culturales (Santos, 2020) que dibujan la realidad social, así como de la variedad de modos de vida y de posibilidades de acceso a la información que diferentes personas y colectivos sociales tienen. Esto, aunado a las instrucciones a veces incluso contradictorias emitidas desde las esferas expertas,⁸ dificultó la comunicación, lo cual complicó no solo la comprensión de las directivas, sino también, y de manera más importante, la posibilidad de ponerlas en práctica.

Quienes pudimos mantenernos en confinamiento durante los primeros meses de 2020 fuimos vigías en el encierro de algunas expresiones de las incertidumbres, del conflicto y del manejo discursivo a través de las metáforas dominantes para caracterizar el momento. Si bien, mediante la información que escuchamos desde nuestras pantallas, aprendimos nuevos conceptos epidemiológicos, conocimos diversas conjeturas sobre el origen y diseminación del SARS-COV-2 y advertimos el crecimiento diferenciado del número de personas contagiadas por país (y de las estimaciones de población fallecida aún no contabilizada); asimismo, nos reconocimos en las múltiples polémicas que acarreó poner en práctica esfuerzos inauditos para detener el crecimiento de la pandemia. Es difícil admitir que la comprensión de estas circunstancias se diera únicamente como resultado de una descripción sucinta de los hechos, pues, como señalaremos más adelante, la mediación de las emociones y valoraciones, tanto de quienes transmitían la información como de quienes tratamos de asimilarla, fue determinante para que nuestro comportamiento tuviera sentido en el espacio colectivo en el que nos ubicábamos.

⁸ Un ejemplo claro de este tipo de contradicción fueron las instrucciones cruzadas provenientes de distintas instituciones públicas (tanto nacionales como internacionales) y las conductas errantes de dirigentes variados respecto del uso del cubrebocas. De la importancia de tomar en consideración la diversidad del tejido social, un ejemplo fácil lo ofrecía el amplio sector de la población que no podía mantenerse en casa porque requería trabajar para tener dinero para comer.

Y, sin embargo, todos los posibles matices que esto pudiera desencadenar se perdieron o pasaron inadvertidos por la insistencia del mensaje experto que veía en el aislamiento social la única y más importante respuesta.

A este respecto es importante preguntarse, ¿quiénes eran los voceros encargados de transmitir y comentar dicha información? En principio, expertos funcionarios que difundieron las comunicaciones oficiales de los distintos gobiernos, pero también expertos científicos, quienes inundaron los espacios de la opinión pública para comunicar la descripción de la naturaleza de la pandemia y evaluar —desde la palestra que otorgan los medios que la conforman— aciertos y desaciertos de las estrategias implementadas por los distintos Estados. Desde ambos frentes, la mira experta estableció un horizonte de valoración del comportamiento de las personas: desde las que cumplían el régimen dictaminado, hasta las que se ponían en riesgo innecesario, o no eran solidarias y priorizaban su propio interés.

Lo que en principio parecía ser un acierto de los medios y de los Estados —dar la voz a quienes saben sobre un tema— derivó en un problema del que poco se ha discutido hasta el momento a propósito del tipo de expertos que aparecieron difundiendo una explicación predominante sobre lo que estaba aconteciendo. La pregunta que consideramos pertinente en este sentido es si existe un tipo de experticias que deban tener primacía para hablar de un fenómeno como el de una pandemia. Aunque pareciera obvia la respuesta, vista con detenimiento hay inquietudes paralelas que no son tan sencillas de responder. Por ejemplo, ¿a qué tipo de experticias podemos delegar la cuestión de las recomendaciones y guías de comportamiento en el contexto de un problema social que rebasa los contornos de la perspectiva de la salud pública y la biomedicina?

Para evitar tergiversaciones, la cuestión debe segmentarse en al menos dos problemas. Por un lado, es importante no desacreditar la preocupación de contar con personas realmente expertas en la toma de decisiones y en los medios difundiendo información adecuada. Para ello, es crucial definir si quienes estuvieron a cargo y aparecieron en los medios eran en realidad *personas expertas en los temas sobre los que se pronunciaban*. Conceptualmente, tanto la literatura filosófica como la de los estudios sociales de la ciencia sobre la experticia pueden ayudar a tratar este problema debido a que han discutido

en las últimas décadas una definición robusta sobre la cuestión. A riesgo de simplificar, la pregunta sobre cómo identificar a un experto puede solventarse si se siguen criterios como la revisión de su autoridad epistémica en un tema, lo que incluye el dominio de un conocimiento formal y tácito especializado (Collins y Evans, 2007), la funcionalidad demostrada de la aplicación de su experticia, así como la acreditación social de que en efecto posee la persona que se dice experta (Quast, 2018).

Pero utilizar estos criterios para saber elegir a un experto, si bien es una cuestión importante, no es el problema central sobre el que buscamos reflexionar aquí. Una segunda cuestión que ha influido en gran medida en nuestra comprensión del fenómeno tiene que ver con el tipo de experticias que han tenido prioridad para explicar la pandemia en todos sus contornos. Describir un fenómeno complejo y sus implicaciones rebasa cualquier mirada experta. Hace algunas décadas Anthony Giddens advertía sobre esta cuestión como una característica de las sociedades contemporáneas, al describir que la dependencia hacia los sistemas expertos no eliminaba las limitantes de la representación que estos hacen sobre los riesgos que afrontamos como sociedad. Su conclusión invitaba a reconocer los límites de los expertos, no solo por las lagunas de ignorancia que toda experticia tiene, sino por “la insuficiencia que compromete la auténtica idea del experto” (Giddens, 2002, p.125). Y, sin embargo, esta cuestión que parece evidente pasó desapercibida cuando la descripción del fenómeno a la que tuvimos acceso la mayoría de las personas se limitó a la lectura que nos ofrecieron al respecto la salud pública, la epidemiología y la biomedicina. Cuestionarnos si esto pudo haber sido de otra manera es pertinente, más aún cuando, como ya hemos advertido, la difusión de la información y de los conocimientos especializados hecha por los expertos tuvo como una de sus consecuencias el origen y la propagación de algunas emociones que, como el miedo colectivo, trataron de cimbrar nuestro comportamiento en favor de la interpretación de los hechos que su mirada experta proponía. La pregunta que lanzamos es si había otras experticias que pudieron contrarrestar este miedo colectivo.

Una situación que ilustra lo anterior ocurrió dos meses después de haber sido detectado el primer caso de COVID-19 en México, durante la conferencia

de prensa en la que el gobierno federal de México ofrecía su informe técnico diario y detallaba la implementación de algunas medidas de mitigación. La pregunta de una reportera llamó la atención sobre esta circunstancia que aquí resaltamos. La reportera cuestionó sobre la presencia y participación de otro tipo de expertos, además de los epidemiólogos, que dieran cuenta de los elementos sociales ponderados para llevar a cabo las acciones de mitigación basadas en el distanciamiento social. “¿Dónde están los sociólogos y economistas?”, preguntó, indagando el tipo de evidencia utilizada y valorada para justificar la viabilidad del distanciamiento social para periodos prolongados. En respuesta, el equipo del gobierno federal señaló, *grosso modo*, la importancia de evaluar los costes y efectos económicos de dicha estrategia, pues se consideró que amplios sectores de la población en el país se encuentran bajo esquemas de empleo informal y condiciones de pobreza. Pero la respuesta fue en estricto sentido limitada porque se le indicó que, debido al organigrama de la administración federal, la evidencia que buscaba podría ser expuesta con mayor precisión por el personal de la secretaría de Economía en conferencias posteriores.⁹

El caso ejemplifica los sesgos respecto del tipo de experticias que tienen mayor centralidad y a las que se les otorga mayor credibilidad en el discurso público en general, de manera claramente marcada, en momentos de alta contingencia y de urgencia, como el de una pandemia. Por contraintuitivo que parezca, es pertinente preguntarse si las experticias del campo de la salud son suficientes para comprender y transmitir las distintas aristas del fenómeno y sus consecuencias que no se limitan al plano de la esfera individual —la salud de los cuerpos—, sino que implica el plano social muy complejo —el bienestar del tejido colectivo—. En el fondo, pensar uno sin el otro es una simplificación contraproducente. La salud de los cuerpos es también la salud de otros aspectos de la vida que tienen que ver con nuestras relaciones sociales y viceversa.

La situación descrita muestra lo difícil que resulta transmitir conocimiento sobre cuestiones que no son tangibles porque escapan al horizonte de

⁹ Véase la versión estenográfica en: Presidencia de la República (14 de abril de 2020).

interpretación de lo que se sugiere desde estas miradas expertas. En general, cuando desde ellas se habla de cuestiones colectivas, de lo que se habla es de nociones abstractas y cuantificables: las poblaciones y sus registros —número de contagios, número de muertes, número de pruebas—, por ejemplo. Con esta mirada de estrecho foco se pierden de vista tanto las generalidades que colectivizan como los detalles que particularizan y que realmente interpe-lan a las personas. Este tipo de exhorto por apreciación hace más probable que las personas distintas y variadas encuentren la motivación (alejada del miedo y más próxima a la reciprocidad social) para actuar de acuerdo con medidas más comprensibles y, en esa medida, juzgadas como más razonables, esto es, más acordes con lo que consideramos como la lógica del sentido común que suponemos es ampliamente compartida y aceptada. En este contexto complejo, en el que unas voces se montaron sobre las demás y que, al hacerlo, silenciaron y obstaculizaron inquietudes y aproximaciones, dudas u opiniones pertinentes, la metáfora de la unidad frente al enemigo común se convirtió en la única vía de los expertos y de los Estados para afrontar los momentos críticos que tiñeron el paso de los días.

Esta primera y breve descripción de lo acontecido durante los meses iniciales de la pandemia abre un importante número de problemáticas interesantes en el terreno de lo público y de lo colectivo. Aquí nos interesa destacar cómo el discurso bélico y la estrategia de distanciamiento social que lo acompañó involucraron un desmembramiento de la colectividad que aumentó el miedo ya de por sí presente en sociedades como la nuestra, que están atravesadas por la violencia. Nuestra hipótesis, dicho de manera más clara, es que la estrategia y el discurso imbuyeron un miedo a nivel individual que produjo, a pesar del aislamiento, un miedo colectivo que se reflejó tanto en la recepción de la información vinculada con las distintas estrategias para contener el contagio del coronavirus, como en las conductas hacia las otras personas que prevalecieron los primeros meses del confinamiento.

EL MIEDO COLECTIVO Y SUS FUENTES DISCURSIVAS DESDE LOS SABERES EXPERTOS

Los llamados a “quedarse en casa”, o los “estados de alarma”, o las advertencias y temores a la desinformación se difundieron y muy pronto tomaron sentido. Los emplazamientos no solo tenían como propósito evitar la dispersión de una enfermedad, sino también —y siguiendo la metáfora bélica— vencer al enemigo a partir de la unidad (nacional).¹⁰ En momentos de alta incertidumbre social como los vividos durante los primeros meses de 2020, parece razonable admitir que confiar en los dictados de los expertos y la ciencia resultaba lo más pertinente. Sin embargo, a tiempo pasado, cabe la posibilidad de reflexionar sobre los acontecimientos desde otros ángulos, no para negar lo evidente —la importancia que tiene la evidencia científica para fundamentar las decisiones y acciones vinculantes en momentos complicados—, sino para pensar, como lo hacen las humanidades, sobre las zonas grises del proceso. Desde nuestra perspectiva, es importante reconocer que durante estos casi dos años de pandemia se ha discutido muy poco respecto de las complejas bases de la confianza que se le brinda a la ciencia. Esta no solo se funda en la relevancia epistémica que se les atribuye a las distintas disciplinas científicas, sino también en la envergadura moral que se le otorga a sus resultados e instrumentaciones tecnológicas. Admitir esto implica un gran problema para la ciencia contemporánea, pues no todas las disciplinas aportan beneficios tangibles, ni a todas se les valora por los mismos méritos y resultados que obtienen y desarrollan. Sin embargo, pensamos que este es uno de los puntos que urge poner sobre la mesa y someter a debate.

La confianza irrestricta que se tiene a ciertas disciplinas científicas tiene consecuencias sociales importantes. Algunas de ellas se hicieron patentes en los últimos dos años. Como ya dijimos, privilegiar una mirada sobre las otras

¹⁰ Parte del problema con estos llamados y con estas evaluaciones sobre los comportamientos sociales de los individuos reproducidos por los saberes expertos, como la medicina o la salud pública, es que parten únicamente de una noción individual de las personas. Para una noción relacional de la persona, véase Eraña (2021).

tiene consecuencias nocivas, tanto para el equilibrio epistémico como para la producción de conocimiento y la comprensión cabal de los fenómenos complejos. Por ejemplo, si nos centramos en evitar el contagio desatendemos las consecuencias que el aislamiento tiene para el tejido social, así como las afectaciones que produce en las emociones de las personas, algunos otros problemas derivados y asociados a la salud mental, o en la forma de relacionarnos con las otras. Además, perdemos la posibilidad de comprender de manera integral y sustantiva el fenómeno complejo que es una pandemia (¿por qué se produce?, ¿qué genera en la sociedad?, ¿qué efecto tiene sobre la *personalidad* de las personas?, etcétera) y sus consecuencias en el mundo actual (¿qué mecanismos hacen posible que en la adversidad aumenten las brechas de desigualdad, al acumular riqueza para unos cuantos e incrementar el despojo para muchos sectores de la población?). En nuestro caso, una de las consecuencias del discurso público —que evocaba insistentemente la sabiduría de la ciencia e invocaba la evidencia científica como fuente de autoridad incontestable e irrefutable— fue precisamente privilegiar una (única) mirada y, con ello, oscurecer la comprensión del fenómeno en toda su complejidad. Esto, a su vez, llevó a una polarización en la población y a la propagación del miedo. Polarización porque estableció un criterio estrecho de evaluación de las otras, y propagación del miedo porque, como señalaremos más adelante, la interpretación preponderante del fenómeno demandó la movilización de esa emoción.

Michel Sandel (2020), quien ha estudiado de manera profunda y sustantiva el fenómeno de la meritocracia, sugiere que una de las causas de la polarización social se encuentra justamente en el exceso de credibilidad que tienen en la actualidad los procesos de credencialización de la sociedad y en la colonización que hacen quienes ostentan un grado de experticia en el espacio público. El problema aquí no es reconocer la importancia de las experticias ni de recurrir a los expertos para tomar decisiones colectivas adecuadas sobre diversas problemáticas. El problema viene después y surge cuando se sistematiza, desde estas perspectivas, una especie de descrédito a quienes puedan tener opiniones divergentes a ellas, emanadas de personas o colectivos que no cumplen con los requisitos que brindan los procesos de credencialización social.

En la perspectiva de Sandel (2020), esto socava el espacio público ya que, si bien teóricamente convoca la participación de todas las voces, en la práctica deja en unos cuantos la posibilidad de incidir lo que en principio es público. Entender la naturaleza de esto último es pertinente, pues es parte de los procesos que consideramos contribuyeron a minar la idea de pensar un espacio común durante las estrategias de mitigación de la pandemia. En este último contexto, las experticias predominantes recurrieron no solo a su estatus epistémico para propagar sus mensajes, sino a la reproducción de un discurso en donde la ponderación de las situaciones de riesgo se mezcló con la propagación de un miedo colectivo. La idea respecto del primer punto es que muchos de los expertos entrenados en las formas de conocimiento privilegiadas durante la pandemia —que además tenían capacidad de decisión y un público cautivo— hicieron eco de lo que Sandel (2020) llama el credencialismo y que, según él, constituye el último de los prejuicios aceptables, esto es, la idea de que las personas con pocos estudios pueden ser despreciadas por ignorantes o incapaces de comprender la naturaleza de fenómenos complejos (como, por ejemplo, el origen de la pandemia, las causas de la enfermedad causada por el virus SARS-COV-2).¹¹ Veamos ahora con más cuidado el segundo punto, esto es, la idea de la propagación del miedo colectivo.

Las emociones son estados difíciles de aprehender por diversas razones, entre otras, porque no parece haber un esquema general que sea capaz de dar cuenta de todas ellas. Así, la tendencia que tenemos a asociarlas como estados del mismo *tipo* es problemática e incluso podría cuestionarse. Una vez dicho esto podemos intentar esquematizar brevemente algunas de las dificultades que hacen del miedo una emoción *particularmente* complicada de comprender y clasificar: por un lado, ninguno de los modelos disponibles parece

¹¹ Sandel cita una serie de estudios que muestran la prevalencia de este prejuicio y sostiene que estos, “además de mostrar las opiniones menospreciativas que la élite con estudios universitarios tiene de las personas con menor nivel educativo [...] ponen en cuestión la [...] idea de que las élites cultas son más ilustradas en el plano moral que las personas con menor formación y, por consiguiente, más tolerantes” (Sandel, 2020, p. 125).

suficiente por sí mismo para capturar plenamente sus características.¹² En este sentido, la emoción parece tan difusa como el término que usamos para nombrarlo y que puede referir a “un episodio[...] en el que lo más importante puede ser lo que sentimos [o a] acciones intencionales o[...] deseos, creencias u otras actitudes [o, finalmente] a situaciones que[...] nada tienen que ver con la vida emocional de las personas” (Hansberg, 1996, p. 103). Además, es una emoción que no encaja de manera simple en uno de los esquemas más usados en la literatura especializada para categorizar a un estado como una emoción (Tappolet, 2010), esto es, aquel que sostiene que la motivación subyacente a las emociones tiene un carácter modular (*i. e.*, una vez disparada una emoción particular se echa a andar alguna acción perteneciente a un patrón rígido e innatamente especificado de conductas asociadas a ella) y egoísta (De Sousa, 1987; Damasio, 1994). Finalmente, no hay un conjunto de conductas claramente identificables con él ni un único *tipo* de miedo.

De acuerdo con Hansberg (1996), el miedo dispara reacciones conductuales que van “desde la inhibición hasta un comportamiento motor complejo que podemos caracterizar como hacer frente y atacar al objeto que se percibe como amenazador o huir de él” (Hansberg, 1996, p. 33). Respecto de los *tipos* del miedo, algunas teóricas de las emociones (Tappolet, 2010) sostienen que es posible trazar distinciones entre formas del miedo guiadas por, al menos, los dos siguientes ejes: 1) lo que lo motiva, por ejemplo, miedo por mí (por lo que *a mí* me puede ocurrir) o miedo por alguien más (por lo que a otra persona puede sucederle en una situación aterradora), o 2) su objeto, por ejemplo, miedo a las alturas, a las arañas, etcétera. El miedo que aquí nos ocupa es interesante, entre muchas otras cosas, por la vaguedad que circunda la posibilidad de definir su objeto y por el hecho de que, como argumentaremos, ofrece un ejemplo relativamente claro de cómo se suscita una *emoción colectiva*. En este último sentido y respecto del punto 1), tiene sentido pensar que el miedo que prevaleció entre muchas personas, en el interior de varias instituciones y gobiernos tenía como objeto cualquiera de los siguientes: miedo

¹² Al menos no lo son ni el modelo proposicional ni el fenoménico. Para una discusión detallada sobre este punto véase Hansberg (1996).

del virus, miedo de la incomprensión o la ignorancia, miedo de la enfermedad, miedo del contagio, de la muerte de la otra persona, pero también, el miedo de la falta de empleo o a la pérdida de fuente de ingresos para mantener el sustento. Antes de examinar la idea de este miedo como una emoción colectiva, volvamos por un momento a las que pueden considerarse como las características propias del miedo (en tanto emoción).

Más allá del debate que estas vaguedades pueden suscitar, el nivel que nos interesa aquí para comprender el efecto del miedo en la sociedad y su relación con la falta de reconocimiento de la importancia que tiene que tomar en cuenta las voces variadas de diferentes experticias es aquel que comprende al miedo como una emoción que involucra un deseo a evitar el daño o la pérdida (Tappolet, 2020; Prinz, 2004; Clore, 1994). La idea que subyace a esta caracterización general es que las emociones son percepciones de valores que nos motivan y por ello nos brindan motivos para actuar. Esto es, las emociones no necesariamente disparan un patrón específico de conducta, sino que despiertan o encienden una motivación (que comúnmente va acompañada de un deseo) que facilita cierto tipo de acciones conducentes a alcanzar un fin. En el caso del miedo, la meta es evitar el daño o la pérdida. Quienes defienden una posición de este tipo afirman asimismo que el miedo tiene una influencia importante en lo que hacemos en tanto que adelgaza nuestro foco de atención (De Sousa, 1987; Damasio, 1994; Faucher y Tappolet, 2002). Como veremos enseguida, esta propiedad del miedo es importante para nuestra discusión en torno al miedo colectivo difundido por los saberes expertos que tuvieron primacía.

Si pensamos que las emociones son percepciones de valores (Tappolet, 2010), que la percepción está intrínsecamente vinculada con la atención y que el miedo adelgaza nuestro foco de atención, entonces veremos hasta qué punto los juicios valorativos promovidos por el discurso público respecto de la situación pandémica (esto es, por la imagen favorecida según la cual nos encontrábamos frente a un enemigo que solo podía derrotarse a través de la ciencia y con el apoyo de las decisiones de los científicos) lograron permear numerosas percepciones individuales respecto del tipo de entidad y conducta que podían considerarse adecuadas o inapropiadas, dada la situación, como

conducentes a salvaguardar la vida propia y la seguridad de las demás personas o como perjudiciales para estos fines. Esta manera de discernir conductas observadas o realizadas tuvo como resultado una serie de juicios dirigidos a estos comportamientos y a la información recibida. La propagación de dicha apreciación provocó una exacerbación evaluativa que produjo una polarización acompañada del rechazo a quienes pensarán diferente y del miedo a todas aquellas personas que no se conducían como era “correcto”, “apropiado” o “adecuado” hacerlo.

Por otra parte, y como hemos dicho, el discurso público —al estar poblado de metáforas bélicas a la hora de comunicar y expresar la situación que se nos presentaba con la pandemia— facilitó la traducción de las situaciones de riesgo en miedo. El concepto mismo de *enemigo* produce miedo, señala un peligro y, en tanto que el adversario se presentaba como ubicuo y caprichoso (no podíamos saber dónde o cuándo lo encontraríamos, ni qué tanto daño nos haría en caso de toparlo), nos ofrecía motivos y nos motivaba al aislamiento. Esto tuvo efectos importantes en la vida social e individual de las personas. Se produjo una especie de espiral emocional en la que el miedo producía cada vez más miedo. En gran medida esto pasaba por el distanciamiento social, pero también porque la incertidumbre redujo la posibilidad de pertrechar dudas sobre lo que algunas visiones expertas estaban formulando. Cuestionar desde los márgenes de las experticias dominantes no solo se evaluó como ignorancia frente a los designios de la ciencia, sino como una amenaza a la salud pública de las poblaciones.¹³

La escalada a la que recién aludimos produjo un fenómeno interesante y peculiar, a saber, la prevalencia de un *miedo colectivo*. La discusión en torno a la verosimilitud de la existencia de las emociones colectivas es amplia y se encuentra en un momento álgido. Desde nuestra perspectiva, lo que ocurrió en el confinamiento sirve para sostener que ellas, en efecto, acaecen. Para ver

¹³ Hoy día, sin embargo, resulta perentorio examinar las dudas razonables acerca de las consecuencias no advertidas de algunas decisiones tomadas, así como los espacios de incertidumbre que como sociedad cultivamos en los momentos en los que nos toca afrontar la adversidad.

esto vale la pena distinguir, en primera instancia, las emociones grupales de las colectivas. Las grupales se generan a partir de una interacción con un conjunto de personas que suelen compartir con nosotras ciertas maneras de pensar acerca del mundo, ciertos valores y fines. En este sentido, se asocian con percepciones de valores promovidos y características de algunos grupos específicos en distintas sociedades. Las emociones grupales dependen de una interacción personal (cara a cara) con otras personas y por ello a menudo se dice que inician con una relación estructurada desde la perspectiva de la segunda persona. Finalmente, suele sostenerse que estas emociones se producen en función de la influencia que las valoraciones de unas personas ejercen sobre las de otras que pertenecen al mismo grupo social. Esta influencia en general se origina en reacciones emocionales compartidas o en el testimonio de la reacción emocional de alguien más (Von Scheve e Ismer, 2013, p. 409).

Una emoción colectiva, por otra parte, y a diferencia de las anteriores, no requiere ni presupone que nos percatemos de las emociones de los otros; no es una emoción que se dispara al percibir la emoción de otra u otras personas (Von Scheve e Ismer, 2013). Puede caracterizarse como un fenómeno de un nivel macrosocial que emerge de dinámicas emocionales producidas entre individuos para enfrentar una situación específica en un momento dado (Goldenberg et al., 2020). La idea es que para producirse, *no* necesita de la interacción cara a cara, ni de la percepción de valores o de reacciones emocionales compartidas. Una emoción colectiva necesita “un mínimo de estructuras compartidas de evaluación o preocupaciones compartidas” (Von Scheve e Ismer, 2013, p. 411), esto es, basta que exista un entorno o contexto compartido que permita la convergencia generalizada de respuestas emocionales. El fenómeno que las dispara puede ser tangible (es decir, puede tener una dimensión material) o solo un rumor (y por tanto únicamente ser un entorno discursivo). Su peculiaridad, en este sentido, no se encuentra en su origen, sino en su capacidad de propagación.

Como dijimos antes, las respuestas en distintas naciones, si bien compartían algunos rasgos comunes, fueron peculiares. En realidad, parecían responder a un conjunto de estructuras normativas (o evaluativas) compartidas y promovidas por las instituciones que configuran a cada una de las naciones.

Sin embargo, se podría argumentar que, pese a ello, hubo un miedo colectivo que trascendió fronteras. Si bien la manera en que este se presentó en cada individuo o en cada nación pudo haber variado de acuerdo con lo recién dicho, lo cierto es que la generalización del miedo colectivo fue posible gracias a la autoridad brindada al discurso científico promovido y difundido desde los grandes organismos internacionales (como la OMS) y los grupos expertos de cada nación. Estos impusieron un orden simbólico y normativo de significado respecto de los comportamientos sugeridos y esperados, que se materializó en la prescripción del conjunto de prácticas que fue asumido por la población mundial de manera heterogénea. Pese a ello, en todos los escenarios, las prescripciones indujeron al miedo en una suerte de bucle autorregulativo: seguir las prescripciones no aseguraba evitar el riesgo ante un agente desconocido, pero no seguirlas implicaba ser parte del problema. Develar la generación del miedo colectivo por parte del discurso de los saberes expertos es una invitación a revisar con más detalle cómo se configura su credibilidad epistémica, y cómo a partir de ella se atienden ciertos aspectos del problema, que dan prioridad a determinadas representaciones consideradas adecuadas para comunicar sus “causas” y “soluciones”.

En este sentido, el discurso experto científico que prevaleció no puede disociarse del modo de ser del mundo: en un mundo donde todo se piensa como una guerra o un enfrentamiento, donde se viven guerras de manera perenne (quizá incluso en el que se vive una única guerra con múltiples rostros), no es de extrañar que un virus sea considerado como un enemigo, como parte del eje del mal, como un ente que nos ataca y nos hace la guerra (como si no estuviésemos habitados —e incluso constituidos— por muchos virus). Más que una metáfora, es la constitución discursiva de una realidad a partir de la cual ponderamos nuestro actuar en el espacio público. El miedo suscitado por el discurso es solo una exacerbación del miedo con el que vive la población mundial y, más específicamente, la población de las zonas marginadas del mundo. Si Villoro tiene razón cuando dice que la identidad individual es idéntica a la identidad colectiva en tanto que ella es una imagen que alguien tiene de sí mismo en tanto que “pertenece a una cultura para hacer consistente su pasado y su vida actual con los proyectos que tiene para esa

comunidad” (Villoro, 2001), entonces veremos que lo que se afecta cuando se instala el miedo colectivo no es solo el tejido social, sino el ser mismo de las personas. Dicho de manera frontal: el miedo colectivo que prevaleció y sigue presente entre nosotros nos despersonaliza. Veamos.

EL MIEDO Y EL AISLAMIENTO COMO HERRAMIENTAS DE LA DESPERSONALIZACIÓN

La sociedad es un tejido, un entramado de encuentros, una entidad compleja que se compone, entre otras cosas, de relaciones de tipos diversos. Los entes aislados, sin embargo, no pueden relacionarse. Así, el confinamiento dañó la sociedad, horadó la urdimbre que somos. Si somos las personas que somos en virtud de nuestras relaciones, entonces en el confinamiento dejamos de ser (propiamente) personas, dejamos de ser las personas que creíamos ser. Nos despersonalizamos, al menos de manera parcial. Nuestra identidad personal se vio mermada, transformada, cuestionada. La despersonalización conduce a un desmembramiento colectivo y lo que con dificultad se teje rápido se desbarata. Así, una de las consecuencias de la imposición de la mirada que surge de una única experticia de las muchas existentes ha sido la quiebra de lo que queremos ser.

La incertidumbre es parte de nuestro modo de vida; ciertos niveles de ella nos son ordinarios. Sin embargo, el mundo se sumergió de lleno en el desasosiego de lo desconocido. Presenciamos una ruptura de la seguridad ontológica que caracteriza el desarrollo de nuestras prácticas sociales (Giddens, 1994). El miedo, como hicimos ver, se convirtió en nuestra imagen colectiva, multiplicada. Esto hizo resonar de manera estruendosa el grito (ya de por sí presente en nuestras sociedades) de *sálvese quien pueda*. Al viejo temor de la violencia se sumó el miedo de lo otro, de la otra persona. El miedo del contacto que puede provocar mi muerte, el miedo del vaho de la respiración ajena, de la mano o el roce involuntario de cualquier otra en cualquier lugar. Este miedo no estaba solamente dirigido a otras personas, también tenía como fuente y objeto al tiempo: tuvimos miedo del presente pero también del futuro

que ensanchó su umbral imprevisible, miedo de lo que estábamos siendo y de lo que terminaríamos por ser. Estas emociones propagadas tenían su carácter racional, pero sin que nos diéramos cuenta de ello, nos conducían también a actuar de manera absurda. El temor colectivo exige de nosotros una capacidad sobresaliente para expresar nuestra solidaridad con las otras personas. Sin embargo, esta no podía manifestarse no solo porque estábamos confinados e imposibilitados a acercarnos a los más vulnerables, sino también porque al hacerlo nos poníamos en peligro entre todos. Lo que se desarrolló entonces fue una “solidaridad del temor, ese temor a contagiarse que exigía una ‘distancia social’” (Sandel, 2020, p. 12). Se gestó, así, una paradoja: la mejor manera de apoyarnos era alejándonos. Éramos personas o creíamos que lo éramos, ¿qué terminaríamos siendo si algún día salíamos de nuevo a la vida? Resultaba difícil responder a preguntas como esta por diversas razones, entre ellas porque el miedo bloqueaba nuestra capacidad de imaginación y porque (al menos en México) estábamos ceñidos a los recortes limitados que algunos datos empíricos sugerían y que pese a ser vertidos cada día para ser leídos realmente por unos cuantos, se ofrecían en todo momento como la última autoridad. Vivíamos la realidad desde el interior de nuestras casas, lejos de todos los demás. La información a la que accedíamos era a través de las pantallas. Quienes salían a la calle tenían dos opciones: o desarrollaban una forma del cinismo que les blindara contra el miedo y les permitiera sobrevivir o se dejaban abrazar por el temor y cargaban sus mochilas con las armas indicadas: gel, toallitas limpiadoras, desinfectante, etcétera. La pregunta que aquí surge es ¿de quién se defendían?, ¿del virus?, ¿de las otras personas?, ¿de sí mismas?

En este contexto, es interesante volver a pensar en la reflexión pública sobre la valoración de la ciencia que sustenta las decisiones en torno a la mitigación de la pandemia. Esta, en su gran mayoría, se ha limitado a la reproducción de visiones ingenuas sobre las virtudes del quehacer científico versus la ignorancia de quienes desconfían de ella o se atreven a realizar preguntas sobre sus recomendaciones. El predominio de esta lectura, sin embargo, poco abona al entendimiento de una visión más compleja del trabajo de la ciencia que incluya el tipo de valoraciones extraepistémicas que operan en su práctica cotidiana. Rescatar y discutir a esta última dimensión es especialmente

pertinente en el contexto actual, pues permitiría entender que las decisiones que alientan los científicos están imbuidas de valoraciones sociales de todo tipo. En no pocas ocasiones, son estas valoraciones las que les permiten decantar su elección sobre los supuestos con los que trabajan y, de hecho, de las que se deriva el contenido de sus aportaciones que, más tarde, se estiman y alientan socialmente desde diversos públicos.

Que el individuo sea el centro de lo social en diversas perspectivas expertas, como en la salud pública, del mismo modo que la medicina contemporánea le otorgue una atención primordial (y en términos generales exclusiva) a la biología de los cuerpos, no son decisiones azarosas ni tampoco se explican únicamente por el cometido epistémico de las disciplinas expertas que las sustentan; hay en su elección un largo proceso histórico que sintetiza un contenido valorativo sobre por qué se consideró primordial centrarse en el individuo o pensar de ese modo la atención a la salud. Identificar la confección de los contornos de las miradas expertas que derivó en el sostenimiento de estas tesis no solo amplía nuestro entendimiento al respecto de las respuestas y directrices que dichas experticias científicas —centrales en la pandemia— postularon sobre nuestro comportamiento, sino que también nos permite comprender por qué estas perspectivas descuidan otras dimensiones que de hecho hacen más compleja la constitución del mundo social.

En particular, es interesante enfatizar las consecuencias que tiene el hecho de que las miradas expertas dominantes en la pandemia pongan el foco en el individuo para pensar acerca de los cuidados y la vulnerabilidad. La mirada hegemónica de la salud pública, por ejemplo, pone el énfasis en la intervención en los comportamientos de los individuos como una forma de cuidado y prevención de diversos padecimientos que es digna de debate. Como han señalado Alen Petersen y Deborah Lupton (2000), esta perspectiva tiene una fuerte influencia de diversos saberes expertos en la que el individuo es el foco de atención y su relación hacia el contexto social se asume más como una reacción poco mediada. Ejemplo de ello en nuestro contexto son las etiquetas recientemente integradas en los alimentos que consumimos. El foco de atención es el individuo a quien se le recarga la última responsabilidad de consumir un alimento pernicioso para su salud. Otro caso lo muestra el debate

que desató el uso del cubrebocas en nuestro país. Para salubristas como el subsecretario de salud mexicano encargado de coordinar la estrategia contra la pandemia, su uso fomentaba una falsa sensación de seguridad individual (Barragán, 2021). De nuevo, el énfasis de su valoración recarga en el individuo el problema y también la solución.

Al señalar lo anterior no buscamos concluir que salud pública carezca de sentido como herramienta *pública* que procura una política de los cuidados. La salud pública es una herramienta fundamental y necesaria, acachada durante décadas por diversos frentes, como la falta de recursos y la privatización de la profesión médica y de la esfera de los cuidados. Lo que buscamos poner a discusión es el hecho de que algunas estrategias de la salud pública están construidas con los recursos epistémicos de disciplinas expertas que en determinado momento se les atribuye una mayor credibilidad,¹⁴ lo que no las exime de reproducir puntos ciegos importantes respecto de la complejidad del mundo social en el que de hecho tratan de incidir. Esto tiene como consecuencia dejar de lado otras capas de complejidad, el papel de las emociones es una de ellas, pero también, la posibilidad misma de pensar otras concepciones sobre lo colectivo y sobre la noción de persona que no se reduzca a la idea de que esta es un contorno unitario a la que se pondera su actuar de manera racional.

¿Es posible pensar el futuro de los cuidados de las personas de otra manera? Esto depende de cómo se prefigure un horizonte de futuro que dé cabida a la participación de distintas voces en la definición de los cuidados. En *Futuro pasado*, Reinhart Koselleck abordó la idea general de cómo la modernidad dejó el futuro abierto a partir de una nueva concepción temporal que no estaba atada a las profecías, sino a una mezcla entre la noción primaria de pronóstico político y una idea nueva de expectativa de futuro basada en el progreso (Koselleck, 1988). Si bien esta idea de modernidad ha sido bastante cuestionada en las últimas décadas, traerla a cuento es recordar

¹⁴ El trabajo de Deborah Lupton (1997) al respecto de la configuración de una nueva salud pública es muy ilustrativo al respecto. Para el caso de cómo la epidemiología rehúye a pensar la dimensión social, véase Murguía (2021).

que la noción de “progreso” ya no es dependiente de cómo solo ciertas voces expertas lo definen. Nuestro interés, en este sentido, es sugerir que las humanidades pueden ofrecer herramientas para pensar el futuro abierto de los cuidados de otra manera, un futuro en el que las políticas puestas en práctica en momentos de crisis no reproduzcan las limitantes de despersonalizar el tejido colectivo en función del progreso entendido como victoria dentro de un contexto bélico.

La noción de persona con que estamos trabajando aquí busca ser un incentivo para replantear la forma de procurar los cuidados. Esto es, pretende ser un recurso para innovar en estrategias que no solo reproduzcan la idea de que el colectivo es la suma de las partes, ni que individualicen, en consecuencia, el foco de intervención. La solución ciertamente no es sencilla, ni tampoco asumimos de manera ingenua que esta se derive de la discusión filosófica sin considerar las circunstancias sociales particulares de cada contexto. Nuestro cometido es mostrar que este otro mundo posible que se plantea en torno a una concepción de persona colectiva hace factible reflexionar sobre qué otras condiciones debemos comenzar a tomar en cuenta para pensar los cuidados de la salud más allá de la esfera individual (Eraña, 2021). Estos recursos de los que hemos estado hablando nos permiten también pensar la vulnerabilidad como una condición netamente social. El miedo que nos ha habitado en estos tiempos convulsos de la pandemia debería hacer patente la vulnerabilidad ajena, debería dejarnos en claro que algo que tenemos en común y a partir de lo cual podemos tejernos, recogernos y repersonalizarnos es nuestra propia vulnerabilidad y su reflejo en las vulnerabilidades ajenas. La amenaza que atenta contra la constitución de la persona entendida como un lugar en la sociedad, como un estilo de vida y no solo como individuo (Eraña, 2021) demanda imaginación política para revertirla, pues no se trata únicamente de combatirla mediante mecanismos de asistencia centrados en el individuo, sino de atacar las causas que atrofian la existencia misma de esos lugares varios en donde se despliegan las personas.

El miedo del que hemos hablado, la emoción colectiva que le dio forma al tejido social o que sirvió como lanceta para desbaratarlo, tuvo una contraparte cuando inició el proceso de vacunación. Lo que ahí se vio puede

servir como indicio de que es posible encontrar otras emociones compartidas que quizá se conviertan en una emoción colectiva, en una esperanza de volver a encontrarnos, de regresar a nuestras relaciones, de retejernos desde un nuevo lugar. En los centros de vacunación se respiraba una suerte de alegría informe. Sería una pena que la (aparente) felicidad colectiva proviniese de la idea (individual[ista]) de que se había puesto uno a salvo. Que el júbilo fuese el resultado de la suma de nuestras reflexiones y actos individuales y egoístas. Sería triste concluir que la algarabía que flotaba por el aire provenía de una mirada interna, del olvido de la otra persona, de la ceguera de lo otro, del desdén del todo que somos y sin el cual no somos uno (Eraña, 2021).

Desde nuestra perspectiva, cualquiera que sea la auténtica razón de esa felicidad (ya sea individual o colectiva), tiene sentido tener cierta esperanza: quienes asistimos a la vacunación fuimos cuerpos organizados, fuimos un cúmulo que podía fácilmente ser un colectivo, exudábamos espíritu común. Éramos personas. Las miradas, que parecían antes agachadas, se levantaban; se miraban entre sí. Ese mirarnos unas a las otras quizá termine por recordarnos que una sin las otras no es nadie, que la vulnerabilidad propia es (siempre también) la ajena (Eraña, 2021).

REFLEXIONES FINALES

El presente capítulo partió del supuesto de que la mejor contribución de las humanidades al momento presente en el que buscamos entender lo sucedido durante la pandemia es cuestionar las certezas mismas que nos llevaron a decidir cómo debíamos actuar colectivamente. Muchas de estas certezas partieron de los dictados de las experticias hegemónicas que el campo de la salud define en la era contemporánea. Nuestro interés ha sido poner en perspectiva esas certezas y resaltar que su cometido no solo reprodujo los criterios epistémicos de su área de competencia, sino que también sacó provecho de la movilización de un discurso que contribuyó a generar y reproducir un miedo colectivo.

Nuestra lectura no intenta negar la autoridad epistémica a dichos saberes expertos en momentos de incertidumbre, más bien busca revisar sus áreas

grises. A luz de los acontecimientos, una pregunta que ha estado implícita a lo largo de este texto y que ha influido en gran medida nuestra comprensión como sociedad de la pandemia es la siguiente: ¿qué tipo de expertos pueden explicar de mejor manera el fenómeno que enfrentamos? Si admitimos que la pandemia es un fenómeno médico daremos prioridad a lo que se sugiere como evidente: la explicación de las formas de contagio, el rastreo de casos, las maneras de prevenirlo. Pero si admitimos que la pandemia no solo es un fenómeno médico sino también social en todas sus características, entonces estaríamos reconociendo que tiene demasiadas aristas y que resulta sumamente difícil abordarlas y explicarlas a través de coberturas mediáticas. Optar por esta segunda vía al menos tiene la ventaja de aceptar que se requerirían personas expertas que abordaran diversas facetas del fenómeno desde distintas áreas del conocimiento, no únicamente aquellas que expliquen la atención de la salud de los cuerpos, sino también aquellas que aborden las consecuencias colectivas de las medidas que se estaban tomando para mitigar el crecimiento de la pandemia en diversos territorios en el presente y sus proyecciones a futuro.

Como se puede advertir, esta segunda opción fue menos valorada en la construcción de una agenda mediática que recurría a los expertos para difundir lo que “realmente estaba pasando”. En detrimento del alcance de los objetivos que las experticias como la epidemiología, la medicina o la estadística proponían transmitir, la ausencia de otras experticias que abonaran a la comprensión social del fenómeno fue lo que jugó en su contra. No comprender la dimensión social del fenómeno a la luz de los acontecimientos, fue un error de planeación de las autoridades, pero también un sesgo de la sociedad en que vivimos y los medios de comunicación, dependiente del tipo de valoraciones que realizan para otorgarle a determinado tipo de experticias mayor credibilidad, mientras que a otras se les niega. Quizá si esas otras experticias hubiesen sido tomadas en consideración habría sido posible diseñar una mejor estrategia de comunicación y, por tanto, prevenir la prevalencia del miedo y su conversión en una emoción colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barragán, S. (2 de febrero de 2021), López-Gatell y el cubrebocas: lo ha mencionado 27 veces en Twitter, pero no siempre para promoverlo. *Aristegui Noticias*. <https://aristeguinoticias.com/0202/mexico/lopez-gatell-y-el-cubrebocas-lo-ha-mencionado-27-veces-en-twitter-pero-no-siempre-para-promoverlo/><https://aristeguinoticias.com/0202/mexico/lopez-gatell-y-el-cubrebocas-lo-ha-mencionado-27-veces-en-twitter-pero-no-siempre-para-promoverlo/>
- Berger, E. (19 de enero de 2022). 'It's a war zone': healthcare workers show signs of stress similar to combat veterans. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2022/jan/19/healthcare-workers-post-traumatic-stress-disorder-pandemic-covid>
- Collins, E. R. E. y Evans R. (2007). *Rethinking Expertise*. Oxford University Press.
- Clore, G. (1994). Why Emotions are felt?. En P. Elkman y R. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion* (pp. 103-111). Oxford University Press.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. Gossett / Putnam.
- De Sousa, R. (1987). *The rationality of emotion*. The MIT Press.
- Eraña, A. (2021). *De un mundo que hila personas*. Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa, Instituto de Investigaciones Filosóficas-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Faucher, L. y Tappolet, C. (2002). Fear and the focus of attention. *Consciousness and Emotion*, 3(2), 105-144.
- Georgiou, P. (2021). Words are not just words: how the use of media language in the COVID-19 era affects public health. *Epidemiology and Health*, 43, e2021072. <https://doi.org/10.4178/epih.e2021072>
- Giddens, A. (1994). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu.
- Giddens, A. (2002). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza editorial.
- Goldenberg, A., García, D., Halperin, E. y Gross, J. J. (2020). Collective emotions. *Current Directions in Psychological Science*, 29(2), 154-160.

- Hansberg, O. (1996). *La diversidad de las emociones*. Fondo de Cultura Económica.
- Koselleck, R. (1988). *Critique and crisis. Enlightenment and the pathogenesis*. MIT Press.
- Murguía, A. (2021). Epidemiología(s) y causas sociales de los procesos de salud/enfermedad. En Murguía A. (Coord.), *Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lupton, D. (1997). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. Sage Publication.
- Lupton, D. (2020). Contextualizing COVID-19. Sociocultural perspectives on contagion. En D. Lupton y K. Willis (Eds.), *The covid 19 crisis. Social perspectives* (37-47). Routledge Publications.
- Petersen A. y Lupton D. (2000). *The new public health. Health and self in the age of risk*. Sage Publications.
- Panzeri F, Di Paola, S. y Domaneschi, F. (2021). Does the COVID-19 war metaphor influence reasoning? *PloS one*, 16(4), e0250651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250651>
- Presidencia de la República. (14 de abril de 2020). Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. Gobierno de México.
- Prinz, J. (2004). *Gut reactions: a perceptual theory of emotion*. Oxford University Press.
- Quast, C. (2018). Towards a balanced account of expertise. *Social Epistemology*, 32(6), 397-419. <https://doi.org/10.1080/02691728.2018.1546349>
- Rompeviento TV. (17 de marzo de 2020). COVID-19: Dr. Hugo López-Gatell frente a la guerra contra la desinformación y el miedo [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=tjffjndZuNo>
- Santos, M. J. (27 de abril de 2020). Cultura y coronavirus más allá de las estrategias de prevención. *Resonancias. Blog del Instituto de Investigaciones Sociales*. <https://www.iis.unam.mx/blog/cultura-y-coronavirus-mas-alla-de-las-estrategias-de-prevencion/>
- Sandel, M. (2020). *La tiranía de mérito. ¿Qué ha sido del bien común?* Debate / Penguin Random House.

- Tappolet, C. (2010). Emotion, motivation, and action: The case of fear. En *The Oxford handbook of philosophy of emotion* (pp. 325-345). Oxford University Press.
- Tappolet, C. (2020). Emotions inside out. The nonconceptual content of emotions. En Demmerling, Ch., Schröder, D. (Eds.) *Concepts in thought, action and emotion* (253-273). Routledge
- Villoro, L. (2001). Mi experiencia es que el consenso es posible. Luis Villoro en conversación con Bertold Bernreuter. *Polylog. Foro para Filosofía Intercultural* 3. <http://them.polylog.org/3/dvl-es.htm>
- Von Scheve, C., e Ismer, S. (2013). Towards a theory of collective emotions. *Emotion review*, 5(4), 406-413.
- World Health Organization (WHO). (2020a). *Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>
- World Health Organization (WHO). (2020b). *A coordinated global research roadmap: 2019 Novel Coronavirus*. <https://www.who.int/publications/m/item/a-coordinated-global-research-roadmap>

El valor político de la concepción colectiva del sufrimiento en la pandemia*

12

Efraín Gayosso⁽¹⁾
Diana Rojas⁽¹⁾

A la mayoría de las personas no nos gusta sufrir; sin embargo, en la pandemia por COVID-19 surgió una amplia variedad de experiencias afectivas que fueron fuente de sufrimiento. Al ser el sufrimiento una experiencia ineludible, es importante advertir cómo la concebimos. En este capítulo nos enfocamos en defender que considerar el sufrimiento de forma colectiva motiva a emprender estrategias políticas cuyo objetivo es su alivio. De esta manera, se pueden tener en cuenta las necesidades que tienen los grupos y no solamente los individuos.

Nos enfocaremos en cuatro casos en los que considerar el sufrimiento que aqueja a estos grupos de manera colectiva sirve para emprender estrategias políticas que mejoren la situación de estos y así aliviar sus experiencias de sufrimiento. Estos casos se refieren al sufrimiento que padecieron los *jóvenes desempleados* y su dificultad para encontrar empleo por la crisis económica generada por la pandemia; las distintas experiencias de sufrimiento que vivieron los *estudiantes* por las condiciones impuestas por las clases en línea y el aislamiento social; el sufrimiento del *personal de salud*, que fue uno de los

* Agradecemos especialmente al doctor David Fajardo-Chica por sus valiosos comentarios a las distintas versiones de este texto y a la doctora Olbeth Hansberg que nos motivó fuertemente a llevarlo a buen término.

⁽¹⁾ Instituto de Investigaciones Filosóficas.

grupos que se vio más afectado, dadas las condiciones en las que tuvieron que laborar en los momentos más álgidos de la pandemia, y finalmente, el sufrimiento que acompaña al *duelo* surgido a raíz de las muertes por COVID-19. Estos ejemplos son centrales para nuestra propuesta, pero en ningún sentido haremos un análisis exhaustivo sobre cada uno de estos casos. Estudios más detallados desde otras disciplinas serán complementarios al planteamiento filosófico que desarrollamos aquí.

En este texto procederemos de la siguiente manera. Primero hablaremos de algunas de las experiencias afectivas que marcaron la pandemia y que son fuente de sufrimiento. En la segunda sección, ofreceremos una forma de comprender el sufrimiento; en el siguiente apartado nos concentraremos en explicar cómo se pueden entender las experiencias afectivas colectivas y el papel que juega la atención en ellas. En la última sección ofrecemos una perspectiva de qué es el sufrimiento colectivo a partir de lo desarrollado en la segunda y tercera secciones. Finalmente, resaltaremos la importancia que tiene la concepción colectiva del sufrimiento para atraer la atención de *aquellos en el poder* o de personas que pueden tener incidencia en cuestiones públicas, como activistas, defensores de derechos humanos, figuras públicas, etcétera. Al llamar la atención de estas personas, se emprenden las medidas necesarias para aliviar esta experiencia, por lo que comprender el sufrimiento de manera colectiva es un instrumento para la acción política.

LAS EXPERIENCIAS AFECTIVAS EN LA PANDEMIA

La pandemia de COVID-19 irrumpió, afectó y modificó drásticamente varios aspectos de la vida humana. Algunos de ellos van desde los hábitos de higiene hasta la manera en que nos relacionamos con los demás. Por ejemplo, ahora se pone mayor énfasis en el lavado de manos y el uso de cubrebocas, entre otras medidas, para evitar la infección. En cuanto a cómo nos relacionamos con los demás, la pandemia nos obligó a evitar el contacto con el otro en la medida de lo posible y, en muchos casos, a relacionarnos con nuestros colegas y amigos de manera remota. También es importante mencionar que,

aunque muchas personas durante la emergencia se recluyeron en sus casas y estudiaron o trabajaron a través de internet, muchas otras siguieron saliendo de sus casas a trabajar. Estas últimas también vieron modificada su vida cotidiana, ya que los lugares concurridos podían hacerlas *sentir inseguras* debido a la probabilidad de contagio. El uso del transporte público representaba un peligro latente de contraer la enfermedad, infectarse, llevar consigo el virus a casa y contagiar a los demás miembros de la familia.

La modificación de la vida cotidiana y el peligro latente de enfermar o de que algún ser querido enfermara, trajo afectaciones importantes para las personas. Uno de los aspectos más perjudicados durante la pandemia fue el afectivo (Fajardo-Chica y Hansberg, 2021). Desde el comienzo fue común ver y escuchar en los medios de comunicación cómo el confinamiento y la percepción del peligro de poder contagiarse desencadenaban reacciones afectivas como miedo, ansiedad, depresión, incertidumbre y languidez.¹

No solo hubo reacciones afectivas al confinamiento y a la percepción de peligro. También hubo otras reacciones emocionales relacionadas con la enfermedad y la muerte. Por ejemplo, la incertidumbre de no saber qué sucedería con los pacientes cuando eran internados; la preocupación por no saber si uno podría estar bien después de haber enfermado; la depresión y la ansiedad que surgían cuando después de haber contraído la enfermedad no se recuperaban las capacidades físicas,² etcétera. Además, si un ser querido

¹ De acuerdo con el psicólogo Adam Grant, la languidez fue la emoción predominante durante 2021, al menos para las personas en confinamiento. La languidez se caracteriza por una sensación de estancamiento y vacío, “se siente como si estuvieras arrastrándote para pasar los días, mirando tu vida a través de un parabrisas empañado” (Grant, 2021). Además, esta emoción se distingue de la depresión porque no está acompañada de agotamiento ni de desesperación, solo hay una falta de alegría que motive a hacer tareas cotidianas y un rumbo claro para hacerlas. Ver también Keyes (2002).

² A la condición de un paciente que sigue teniendo algunos efectos de la infección a pesar de haberse recuperado, se le conoce como *long COVID* (COVID larga). Por lo general, la *long COVID* no solo está constituida por afectaciones en un nivel físico (fatiga, dificultad para respirar, dolores de cabeza, reducción en la función

llegaba a morir debido a COVID-19, no era posible llevar a cabo los ritos funerarios propios de las despedidas del ser querido fallecido, lo que agravaba aún más los procesos de duelo y las emociones que surgen en este tipo de sucesos.

En la pandemia hubo respuestas afectivas muy diversas y la mayoría de ellas fueron aquellas a las que comúnmente se les llama negativas, como se puede apreciar en los ejemplos anteriores. Sin embargo, para decir que se tiene una experiencia de sufrimiento no es suficiente considerar dicha experiencia como desagradable o negativa. Intuitivamente se consideran como negativas experiencias afectivas como la tristeza, la ansiedad, el estrés o la incertidumbre, mientras que se consideran positivas experiencias como la alegría, el orgullo, la admiración, entre otras. Por lo regular, se puede pensar que las experiencias afectivas se pueden clasificar según la forma en que se sienten: las experiencias negativas se sienten de manera *desagradable*, mientras que las positivas son aquellas que se sienten de manera *agradable*. Sin embargo, esta distinción no es del todo exacta. Puede haber emociones que no son ni negativas ni positivas, como la sorpresa; así como puede haber emociones que típicamente se consideran negativas, pero sentirlas puede ser positivo para la supervivencia, como sentir miedo. Incluso en el contexto de la pandemia algunas de estas respuestas afectivas consideradas negativas pudieron ser positivas como respuestas a ciertos hechos. Por ejemplo, sentir miedo ante los peligros de la pandemia puede ser positivo siempre y cuando no se llegue a un pánico exacerbado, ya que el miedo nos puede motivar a hacer lo necesario para evitar contagiarnos.³

Es importante decir que las experiencias afectivas que se han mencionado hasta ahora son individuales o al menos se ha hecho énfasis en el individuo que tiene dichas experiencias, por ejemplo, *una persona siente miedo* de contagiar a su familia porque tiene que salir a trabajar en medio de la pandemia.

muscular, etcétera), sino que también presenta problemas a un nivel afectivo como depresión y ansiedad (Mahase, 2020).

³ Para saber más sobre la distinción, ver Deonna y Teroni (2012, pp. 14-16); Lazarus (1991, caps. 6 y 7) y Prinz (2004, pp. 173-174).

No obstante, cuando hablamos de experiencias afectivas no solo lo hacemos para referirnos a aquellas que tiene un individuo, también lo hacemos para referirnos a aquellas que tiene un grupo en específico. Por ejemplo, durante la pandemia ha sido recurrente escuchar que los estudiantes están *frustrados* ante las clases en línea.⁴ Así, no solo los estudiantes como individuos sienten frustración, sino que el grupo de estudiantes en general está frustrado por la situación en la que se encuentran estudiando. Más adelante nos detendremos a explicar mejor por qué un grupo social tiene experiencias afectivas; por lo pronto, vamos a explorar cómo se puede comprender el sufrimiento de manera general para estar en condiciones de ofrecer una concepción colectiva del sufrimiento y las consecuencias que esta tiene para la creación de políticas públicas y otras estrategias que busquen el alivio de esta experiencia.

EL SUFRIMIENTO

La pandemia de COVID-19 ha propiciado experiencias de sufrimiento muy diversas. Estas han variado según la situación y los aspectos particulares de cada persona. Quienes han llegado a enfermar a causa del virus, han sufrido debido a los padecimientos propios de la enfermedad. Sin embargo, las personas que no han contraído el virus también han sufrido a causa de las condiciones que la pandemia ha impuesto.

La experiencia de sufrimiento es compleja. Recientemente en filosofía de la mente se han desarrollado teorías que dan cuenta de la naturaleza del sufrimiento y a partir de la complejidad de esta experiencia dan cuenta de la diversidad de los estados afectivos que son parte de esta experiencia (Brady, 2018; Bain et al., 2020; Gayosso, 2019).⁵ De estas teorías se desprende que las

⁴ Por ejemplo, véase La Silla Rota Guanajuato. (5 de marzo de 2021).

⁵ Comúnmente se asocia al dolor con el sufrimiento. Sin embargo, la experiencia de sufrimiento va más allá de simplemente sentir dolor. Además del dolor, otros estados afectivos que pueden ser parte del sufrimiento son la frustración, la languidez, el duelo, el miedo, la tristeza, etcétera. Bajo esta perspectiva, las teorías sobre el

experiencias en las que se sufre son aquellas que uno no quiere sentir, hacen que deseemos estar en una situación distinta e irrumpen en nuestras mentes produciendo otros estados afectivos y mentales.

Dentro de estas teorías se encuentran las *teorías del deseo* que proponen que el sufrimiento es una experiencia conformada por un estado afectivo desagradable⁶ y un deseo de que se detenga (Brady, 2018). Otra versión de este tipo de teoría afirma que el objeto del deseo que constituye al sufrimiento no es el estado afectivo, sino la situación que se vive. Así, para esta versión el sufrimiento está constituido por un estado afectivo desagradable que evalúa la situación como desfavorable, el deseo de que la situación cambie y percibir que dicho cambio no está en nuestro poder (Kauppinen, 2020; Hick, 1977). Los deseos ocupan un lugar importante en el esquema presentado porque pueden motivar a buscar los medios necesarios para dejar de sufrir, lo cual está acompañado por el deseo de que la situación sea de otra manera y así satisfacer el deseo de dejar de sufrir. Más adelante esta manera de comprender el sufrimiento cobrará mayor relevancia, ya que este entendido de manera colectiva involucra el deseo del grupo afectado de dejar de sufrir y el deseo de que su situación cambie para que cese su experiencia de sufrimiento. Al estar involucrados estos deseos, el grupo puede presionar a las personas que estén en posición de cambiar la situación que padecen y generar las medidas necesarias para aliviar o aminorar el sufrimiento que aqueja al grupo.

Cabe destacar que tener un deseo no siempre lleva a tener la motivación para satisfacerlo. Puede haber otros deseos que se opongan a los que se les dé prioridad o tener otros estados mentales que hagan desistir de tratar de

sufrimiento han considerado que hay dos clases de sufrimiento: sufrimiento físico como el dolor físico y sufrimiento emocional como la frustración o la tristeza (Bain et al., 2020, p. 1). Otros autores usan la clasificación de sufrimiento sensorial para referirse a experiencias afectivas como el dolor físico, la sed, el hambre, etcétera, y sufrimiento actitudinal para referirse a experiencias afectivas como la depresión y el duelo (Kauppinen, 2020, p. 20).

⁶ Aquí no discutiremos qué es lo desagradable o por qué una experiencia afectiva es desagradable. Para ver distintas perspectivas de lo desagradable ver Sapién (2020); Barlassina y Hayward (2019); Brady (2018); Bain (2017).

buscar satisfacer el deseo; por ejemplo, la creencia de que es imposible satisfacer nuestro deseo de dejar de sufrir.⁷ Sin embargo, por lo general, tener el deseo de no sufrir motiva a buscar las maneras de satisfacer este deseo. En contextos colectivos esta afirmación cobra mayor relevancia, ya que los individuos, en cuanto pertenecientes a grupos, pueden tener deseos de cambiar la situación que los afecta como grupo y no sufrir debido a la situación en la que se encuentran. Distintos individuos al encontrarse en una misma situación y tener deseos similares, pueden agruparse y así ejercer mayor presión para que *aquellos en el poder* implementen las medidas necesarias para cambiar la situación y aliviar el sufrimiento no solo de los individuos como tal, sino de todo el grupo.

Por otro lado, la *teoría de la irrupción* establece que el sufrimiento es un estado afectivo cualquiera, como el dolor físico o la frustración, que *irrumpe* en la mente de las personas de tal manera que este estado afectivo consume la economía mental de quien lo experimenta (McClelland, 2020). De esta manera, la atención y la mayoría de los estados mentales se vuelcan sobre el estado afectivo que se tiene. Por ejemplo, un dolor de garganta, ya sea intenso o no, puede ser sufrimiento si irrumpe en la mente de la persona de tal modo que la mayoría de sus estados mentales se vuelcan sobre este y le impiden hacer otras tareas como concentrarse en labores cotidianas. Además, este dolor puede ser significativo para quien lo experimenta. Si esta experiencia llega a ser lo suficientemente molesta como para solo pensar en ella y no poder concentrarse en algo más, entonces esta es significativa de algún modo para el sujeto que la vive, ya que impide que continúe su vida con normalidad y puede desencadenar otras experiencias afectivas como frustración o irritación.

La complejidad del sufrimiento se puede apreciar en que cuando se tienen experiencias de sufrimiento suele haber un efecto dominó (McClelland, 2020, p. 39). Por ejemplo, cuando una persona está en duelo suele haber emociones que se desencadenan por esta experiencia, como nostalgia por

⁷ Para ver más sobre la discusión de deseos y motivación, consúltese Platts (1998, p. 28) y Schroeder (2004, cap. 4).

la persona ausente y lo que ya no podrá volver a ser; tristeza por no volver a verla; temor por el futuro sin ella; enojo por la injusticia de su ausencia y culpa por cómo la trató cuando estaba viva. Así, el sufrimiento es esencialmente un estado afectivo que irrumpe en la mente de tal manera que atrae la atención, abarca otros estados mentales, desencadena unos nuevos y, por esta razón, es un estado significativo para quien lo experimenta. Además, el sufrimiento no desencadena solamente estados afectivos. Como lo sostienen las teorías del deseo, al irrumpir en la mente, el sufrimiento también causa deseos de dejar de sufrir y de que cambie la situación en la que se sufre.

Comprender el sufrimiento como un estado afectivo que irrumpe en la mente y desencadena otros estados mentales que ponen énfasis en los deseos, puede dar cuenta del tipo de experiencias afectivas que las personas han tenido durante esta pandemia sin referirse necesariamente a una manera de sufrir específica. Bajo esta concepción, cuando se sufre hay un estado afectivo que irrumpe en la mente del sujeto y su atención es captada por este estado. Al ser compleja, la experiencia de sufrimiento no solo atrae la atención al estado afectivo, sino que también atrae la atención sobre la situación que lo causa. De esta manera, por ejemplo, al pincharse un dedo cosiendo una prenda, la atención puede ponerse en la sensación del pinchazo, pero esta sensación no es sufrimiento si el suceso no tiene la mayor relevancia para el sujeto y la sensación no irrumpe en la mente de este, de tal manera que capte completamente su atención impidiéndole realizar sus actividades cotidianas. Por otro lado, la muerte de un ser querido por COVID-19 puede generar experiencias de sufrimiento, ya que a partir del suceso se tienen estados afectivos que irrumpen en la mente del sujeto como duelo, tristeza, frustración, ira, etcétera; estos estados captan la atención del sujeto y no puede continuar su vida con normalidad, al menos por un tiempo, y el sujeto desea no sentirse así y que la situación hubiera sido de otra manera para no sufrir. Hasta aquí hemos visto el sufrimiento comprendido de manera individual. Ahora, en la siguiente sección veremos cómo se pueden entender las experiencias afectivas de manera colectiva.

FORMAS DE LA AFECTIVIDAD COLECTIVA

En las secciones anteriores vimos que la pandemia del COVID-19 alteró la vida de los individuos y sus formas de relacionarse. En esta sección nos concentraremos en mostrar cuál es el papel que cumplen las emociones colectivas en estas experiencias de cambios tan radicales con respecto a las necesidades, los hábitos y las formas de relación de las personas y los grupos a los que pertenecen. En primer lugar, mostraremos cómo las emociones colectivas tienen la virtud de atraer la atención de líderes y aquellos que influyen en la toma de decisiones para beneficiar y satisfacer las necesidades que tienen los grupos. En segundo lugar, destacaremos tres elementos que nos permiten concebir las emociones en términos colectivos y no solo individuales: el contagio emocional, el contexto y la adhesión a las emociones de los demás.

Las experiencias afectivas se pueden entender colectivamente en relación con sus aspectos sociales. Ellas son fundamentales para detectar creencias, intenciones y deseos en los otros. Una de las razones por las que podemos contemplar la posibilidad de hablar de emociones colectivas es que contribuyen al entendimiento y la comunicación entre las personas integradas en grupos: estudiantiles, laborales, deportivos, religiosos o de cualquier otra índole.

Las emociones facilitan el entendimiento y la comunicación entre los seres humanos, principalmente porque contribuyen a la detección de creencias, deseos y otros estados mentales en los demás.⁸ Esa comunicación está mediada por conceptos, entre los que se encuentran los de tipo afectivo. Para algunos autores, de hecho, el uso de conceptos emocionales dentro de las comunidades constituye una vía de transmisión de comportamientos, significados y preferencias (Feldman-Barret, 2017, p. 145). Gracias a la expresión de las emociones es posible hacer inferencias acerca de los estados mentales de los individuos involucrados en una experiencia afectiva. A nivel colectivo se pueden determinar de esta manera las necesidades, no solo de individuos, sino también aquellas que tiene un grupo social en particular.

⁸ Véase Hansberg (2001) para más sobre la relación de las emociones con otros estados mentales y la explicación de la acción e intenciones a partir de estas.

Esto último nos lleva a otro rasgo que consideramos central y que está presente en las emociones colectivas: *la atención*. Tanto las experiencias emocionales individuales como las colectivas llaman la atención sobre la importancia de un suceso y al mismo tiempo facilitan su entendimiento. En efecto, las emociones colectivas hacen posible la visibilización de ciertas problemáticas de los grupos que requieren cambio o mejoramiento. De acuerdo con Brady (2016), al tener la atención sobre un evento que sobresale, los líderes no solo pueden hacer asequible al resto del grupo la comprensión del suceso, sino que también pueden influir sobre un eventual cambio en el mismo. Un caso destacado de la aplicación de emociones colectivas en acontecimientos de interés colectivo son las investigaciones públicas que se llevan a cabo a partir de la manifestación de uno o varios grupos de personas. Las emociones colectivas no solo llaman la atención sobre algún acontecimiento sobresaliente, sino que también pueden motivar el cambio o el mejoramiento sobre aquello que llaman la atención. Sobra decir que la pandemia de COVID-19 no escapa a este análisis y las emociones colectivas que han surgido en este suceso llaman la atención sobre los problemas de los grupos sociales más severamente afectados. De este modo, se pueden tomar las medidas necesarias para mejorar la situación de estos grupos sociales.

Ahora bien, además de ser útiles para llamar la atención sobre la necesidad de una acción política que beneficie a los grupos, falta establecer por qué podemos hablar de emociones colectivas y no simplemente de emociones individuales. Una forma de concebir lo colectivo de las emociones es a partir de una especie de *sujeto plural*, que se forma a partir del compromiso de los integrantes del grupo para emprender una acción conjunta. Así lo han considerado algunas posturas en filosofía; entre ellas se destaca la de Margaret Gilbert, quien propone que “las personas constituyen un sujeto plural cuando están comprometidas conjuntamente, en hacer algo como un cuerpo, donde «hacer algo» es construido de manera suficientemente general para incluir intenciones, creencias y similares” (Gilbert, 2002, p. 139).

Otra forma de considerar las emociones colectivas es como la suma de las emociones individuales que coinciden en cuanto a su objeto. Sin embargo, no basta con la simple suma de emociones compartidas. Además,

es importante tener en cuenta otros elementos. Uno de ellos es el *contagio emocional*, una tendencia a imitar y sincronizar expresiones, posturas, movimientos o vocalizaciones con otros, de manera que existe una convergencia en las emociones. Segundo, que haya un contexto que propicie este contagio afectivo. Tercero, que los individuos estén al menos al tanto de que otros sienten lo mismo que ellos sienten o, por lo menos, que están atravesando por una experiencia similar.

Aunque el contagio emocional puede producirse de manera voluntaria cuando intentamos ser activamente empáticos o “ponernos en los zapatos de los otros”, este fenómeno ha sido comúnmente estudiado a nivel psicológico desde la perspectiva de la imitación y sincronía de gestos y movimientos, principalmente como resultado de procesos de asociación primitiva a nivel cognitivo (Hatfield et al., 1994, pp. 7-11). Según esta idea, el contagio emocional inicia con el estímulo de la actividad motora causada por la observación del gesto o acción de otro sujeto para dar paso a la imitación de quien observa. Lo anterior desencadena a su vez el estado afectivo correspondiente que converge con el del sujeto observado y da lugar al contagio emocional (Isern-Mas y Gomila, 2019, p. 76).

A pesar de que existe evidencia que señala como innata esta capacidad de contagiarse y contagiar emocionalmente —y se considera a las neuronas espejo como parte de este proceso—, algunos autores señalan que esta visión es demasiado estrecha. Así lo sugieren, por ejemplo, Isern-Mas y Gomila (2019) que apuntan a que la imitación motora no basta para el contagio emocional, sino que el contexto también es importante para dicho contagio. Las respuestas afectivas de una persona o de un grupo pueden ser muy diversas en razón de distintos factores del ambiente y aquellas que son producto del contagio emocional no son la excepción. Seguramente no se contagiara con la misma rapidez una reacción burlesca en un funeral que en una fiesta, de igual forma resulta difícil pensar en contagiar de tristeza a la hinchada de un equipo que va ganando un encuentro deportivo. La idea detrás de esta objeción es que la imitación motora por sí sola no explica el contagio emocional, sino que es importante considerar las condiciones en las que se presenta la experiencia.

El contexto, y no solo la capacidad innata y automática de imitación, tiene un papel importante en las interacciones sociales. Incluso el contagio emocional puede ocurrir sin la presencia física de otros sujetos, y en este caso el contexto juega un papel más importante que la simple interacción presencial con otro. Por ejemplo, mucho del miedo colectivo que se generó en la pandemia tuvo lugar en las redes sociales y otros medios de comunicación que no implican necesariamente la interacción física con otro ser humano. Respecto a esto, ya se han realizado varios estudios que muestran la importancia de la virtualidad en la expresión y desarrollo de emociones colectivas que pueden generar las redes sociales en internet (Jin y Zafarini, 2017; Kramer et al., 2014). Especialmente los cambios ocurridos en las formas de relacionarnos con los demás hicieron más evidente la importancia de la virtualidad en la expresión de las emociones. Compartir contenido a través de las redes sociales acerca de las emociones sentidas en la pandemia contribuyó a crear un clima afectivo que además incentivó el contagio emocional (Steinert, 2020).

Finalmente, además del contagio emocional y el contexto, es importante considerar que para que pueda hablarse de una emoción colectiva debe haber cierta adhesión o aceptación del hecho de que hay otras personas experimentando lo mismo. En este proceso hay una manifestación mutua de aceptación y reconocimiento de la emoción propia y de la ajena (Brady, 2016). Se puede reconocer, por ejemplo, un miedo latente en uno mismo y, al mismo tiempo, se reconoce que esta emoción está presente en otras y otros. No resulta igual tener miedo a que la pandemia lo cambie todo si esta experiencia se piensa como una que he aceptado que los demás pueden tener también. La emoción se convierte en colectiva cuando me adhiero al sentir de otras personas que, como yo, atraviesan una situación similar.

En resumen, las experiencias afectivas colectivas se caracterizan primordialmente por dos cosas: una, porque logran llamar la atención sobre los grupos mismos, pues destacan sus necesidades y deseos de acción. Otra, porque no son experimentadas por una sola persona, sino por un grupo de ellas en contextos específicos en los que hay contagio emocional, así como aceptación y adhesión de la emoción de los otros dentro del grupo. Así, la experiencia afectiva colectiva tiene importancia para uno o varios grupos de personas, tal

como sucede con una concepción colectiva del sufrimiento. Además de las características propias del sufrimiento expuestas en la sección dos, en términos colectivos, esta experiencia atrae la atención hacia aquello que causa sufrimiento y surge en una gran cantidad de individuos que atraviesan situaciones semejantes y comparten cómo se sienten con los demás, por lo que se percatan de que el sufrimiento que viven también es padecido por aquellos. Como veremos en la siguiente sección, comprender el sufrimiento de manera colectiva permite poner énfasis en las problemáticas que afectan a los grupos y, con ello, emprender las estrategias necesarias que atiendan estos problemas. De esta manera, se puede aliviar el sufrimiento de los individuos surgido en un contexto compartido como ha sido la pandemia de COVID-19.

UNA CONCEPCIÓN COLECTIVA DEL SUFRIMIENTO QUE BENEFICIA LA ACCIÓN POLÍTICA

Más allá de la discusión acerca de cómo entender el sufrimiento colectivo, en este capítulo nos interesa acentuar el valor político que tiene al pensarlo como una experiencia afectiva. Debido a que tanto las emociones individuales como las colectivas llaman la atención sobre una necesidad o problemática, las reacciones afectivas que hemos visto y experimentado durante la pandemia resaltan aún más la importancia que este suceso ha tenido para la humanidad como un gran colectivo y no solamente para los individuos de manera particular. Para el desarrollo de esta sección escogimos cuatro casos que consideramos ilustrativos para mostrar cómo se facilita la acción política al considerar el sufrimiento de manera colectiva; estos casos son los jóvenes desempleados, los estudiantes que tuvieron que tomar clases virtualmente, el personal de salud y las personas en duelo por la muerte de sus familiares y amigos.

La pandemia es un suceso que sin duda ha captado nuestra atención más que cualquier otro durante el tiempo en el que la hemos padecido. Como tiene puesta toda nuestra atención, las autoridades gubernamentales de salud y de otro tipo, tanto a nivel internacional, como nacional y local emprendieron acciones cuyo objetivo ha sido apaciguar las consecuencias que trajo consigo.

Si nos fijamos en las razones que llevaron a las autoridades a actuar en favor de la disminución de contagios y muertes, una de las más importantes tiene que ver con la reducción del sufrimiento. Por ejemplo, la implementación de la política de “sana distancia” tuvo como objetivo de manera amplia reducir el sufrimiento colectivo al evitar contagios y, de esta manera, evitar la saturación hospitalaria que se traduciría en más muertes. De esta manera, una política de este tipo estuvo dirigida, entre otras cosas, a reducir el sufrimiento de los grupos de enfermos, de los familiares de estos, de los estudiantes, de los trabajadores, del personal de salud, etcétera.

En este sentido, consideramos que una concepción colectiva del sufrimiento facilita, por ejemplo, la protección de derechos que de otra manera podrían ser desatendidos. Los afectos colectivos tienen el papel epistémico de atraer la atención de quienes tienen incidencia en asuntos gubernamentales o de acción política. Por ello, son indispensables para el análisis y desarrollo de investigaciones alrededor de temas de interés público, y en general, del emprendimiento de acciones que respondan a las preocupaciones de individuos agrupados en función de la satisfacción de sus necesidades e intereses. Probablemente ciertas acciones políticas serían más difíciles de llevar a cabo en ausencia de experiencias afectivas colectivas. La concepción de afectividad colectiva resuena en los escenarios de defensa de derechos humanos de tercera generación, que son colectivos y cuya titularidad puede recaer sobre los grupos mismos.⁹ En estos casos, se puede hablar de sujetos plurales o colectivos sin que resulte extraño decir que el beneficiario de dichos derechos es un grupo. De esta manera, considerar el sufrimiento colectivamente puede convertirse en el bienestar de los integrantes y establecerse derechos que los protejan. Como se puede apreciar, el sufrimiento en la pandemia no solo ha afectado a cada individuo como algo aislado, sino que las condiciones particulares de cada sector de la población también han afectado las experiencias de sufrimiento que pueden tener, como en el caso del largo periodo que pasaron los estudiantes sin clases presenciales; los obreros que tuvieron que salir a trabajar diariamente

⁹ Para una discusión más extensa sobre los derechos colectivos y los argumentos discutidos alrededor de ellos, véase Cruz-Parceró (1998).

tuvieron otras experiencias de sufrimiento propias, como el miedo de contraer el virus y contagiar a su familia; el personal de salud tuvo otras experiencias de sufrimiento comunes, por ejemplo, el fuerte desgaste que representó para este sector la pandemia; también los desempleados tuvieron otras experiencias afectivas que surgen de la dificultad de encontrar trabajo debido a la crisis económica causada por la pandemia. Asimismo, las personas que han llegado a enfermar tienen experiencias afectivas comunes. A continuación, nos centraremos en analizar los cuatro casos propuestos al inicio de este capítulo para ver cómo comprender de manera colectiva el sufrimiento motiva la implementación de políticas cuyo objetivo fue atenuar dicha experiencia afectiva.

Sufrimiento de los jóvenes desempleados con dificultades para encontrar empleo

Cuando decimos que los jóvenes desempleados están *frustrados* porque a pesar de sus esfuerzos no encuentran trabajo, no solo nos referimos a la frustración particular de cada uno de estos jóvenes. También nos referimos a la frustración que aqueja a este grupo social en su conjunto y a una problemática específica que afecta dicho grupo, a saber, no encontrar trabajo debido a la crisis económica causada por la pandemia de COVID-19.

Un área relevante que fue causa de sufrimiento y tuvo un impacto social importante fue el ámbito económico. Muchas personas perdieron su empleo a raíz de la pandemia, y quienes ya estaban desempleadas tardaron más en encontrarlo. Mora et al. (2022) muestran que las personas desempleadas en Cali, Colombia, tardan el doble de tiempo que antes de la pandemia en encontrar trabajo. El sector más afectado al momento de encontrar trabajo, de acuerdo con este estudio, son los jóvenes y en especial las mujeres. En contraste, algunas fuentes periodísticas señalan que también en México aumentó para 2021 el tiempo que las personas tardan en encontrar empleo en comparación con lo que tardaban en hacerlo antes de 2019.¹⁰ Como parte de su situación, este

¹⁰ “El año pasado, 28.4% de la población desocupada se llevó tres meses o más en

sector de la población tuvo experiencias afectivas como la *desesperación* y la *frustración* en respuesta al desempleo y su dificultad para encontrar trabajo.

En este caso, aún hay más trabajo por hacer, pero reconocer el sufrimiento que experimentan como grupo puede motivar a las autoridades a emprender las medidas necesarias para mejorar su situación. Por ejemplo, en el informe 22 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal, 2020), se analizan distintas políticas que los países latinoamericanos han implementado para la protección del trabajo y la reinserción laboral de los desempleados durante la pandemia. Además, en la segunda parte se plantean algunas estrategias para mejorar la situación laboral principalmente enfocadas en el sector más vulnerable en este ámbito, este es, el juvenil, y propone que dichas estrategias deben enfocarse en la seguridad y la salud en el trabajo.

Sufrimiento de los estudiantes por las condiciones de aislamiento social

Una de las primeras medidas que se tomaron en la emergencia sanitaria fue el *distanciamiento social* que generó experiencias afectivas muy diversas, entre ellas, ansiedad, angustia, incertidumbre, estrés, languidez, tristeza, soledad, preocupación o impaciencia. Estas fueron producto de este fuerte cambio en nuestras actividades, hábitos y formas de relacionarnos en comunidad. Por ello, durante la pandemia fue recurrente ver la expresión de diversos estados afectivos a través de las redes sociales y, dado que no era posible una interacción presencial, estas plataformas se volvieron fundamentales para socializar.

A través de la virtualidad se generó un *contagio* de emociones que compartían quienes se encontraban en una situación similar y hubo un reconocimiento mutuo del sufrimiento que se vivía. Un ejemplo de esto es la *frustración* que sintieron los estudiantes por las clases en línea. Esta experiencia afectiva

encontrar empleo, lo cual es un porcentaje que se ha incrementado, ya que al cierre de 2019 el porcentaje de personas que tardaba más de ese tiempo en colocarse en el mercado laboral, era de 14.8 %” (Gascón, 29 de enero de 2021).

irrumpió en la mente de los estudiantes de tal manera que atrajo fuertemente su atención, lo que impidió que se concentraran adecuadamente en sus clases y en otras actividades que debían realizar. También tuvieron el deseo de que la situación fuera de otra manera, es decir, desearon no tener más clases en línea. Además, los estudiantes no solo deseaban que la situación cambiara, también deseaban ya no sentirse frustrados. Al estar todos estos elementos involucrados en la experiencia de los estudiantes se puede decir que sufrieron al estar frustrados, y la fuente de su sufrimiento fue la situación en la que se encontraron.

En López-Sánchez y Robles-Mendoza (2021) se puede ver un estudio en la comunidad universitaria sobre las respuestas emocionales que tuvo esta comunidad respecto a la enseñanza remota y el distanciamiento social como parte de la Jornada Nacional de Sana Distancia, “Quédate en casa”, decretada por el gobierno federal de México. En este estudio se pueden apreciar las diversas experiencias afectivas de sufrimiento que tuvo este colectivo a raíz del brusco cambio del ambiente de estudio a un formato únicamente virtual, por lo que encontraron en las redes sociales un lugar para expresar sus sentimientos.

El hecho de que los estudiantes manifestaran y compartieran su sufrimiento con otros por medio de las redes sociales, contribuyó no solamente a que convergieran emociones similares en estos sujetos y que reconocieran en ellas un sentimiento compartido, sino que también logró llamar la atención de las autoridades escolares y gubernamentales en cuanto a los temas que requerían solución con urgencia; por ejemplo, atención en la salud mental, aunque tuviera que ser también a distancia; la adaptación progresiva de los espacios para el retorno escalonado a las actividades académicas; la aceleración en el proceso de vacunación del personal docente, entre otras acciones. En este ejemplo se puede apreciar cómo a partir del sufrimiento colectivo de los estudiantes, las autoridades competentes emprendieron políticas públicas para aminorar el sufrimiento de este grupo.

Como se vio en la segunda sección, el sufrimiento incluye también el deseo de hacer lo que está al alcance para cambiar la situación que es fuente de esta experiencia. En términos colectivos también se puede decir que cuando los grupos sufren, desean que su situación cambie. De esta manera se generó

en los estudiantes el deseo de retomar cierta normalidad como grupo, particularmente aquella que implica el encuentro social con compañeras y profesoras en espacios que solían ser compartidos y el regreso a los centros de estudio antes frecuentados.

Sufrimiento de los trabajadores de la salud

Uno de los grupos más afectados en la pandemia y que tuvo diversas experiencias de sufrimiento fue el de los trabajadores de la salud. Al respecto podemos ver en el informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud (2022) enfocado en Latinoamérica, principalmente en países como Chile, Colombia, Guatemala y México, que da cuenta de cómo la pandemia impactó en las experiencias afectivas del personal de salud. Dicho estudio muestra que la mayoría de estos trabajadores tienen experiencias afectivas como depresión, ansiedad y, en general, malestar psicológico a raíz de los sucesos dados en la pandemia del COVID-19. Cabe resaltar que este estudio no solo pretende mostrar las experiencias afectivas que se han dado en este grupo, sino que también tiene como fin motivar la creación de políticas que aminoren el impacto negativo en la vida afectiva de estas personas.

Marcia Villanueva (2021) argumenta que parte de los problemas que aquejan a los trabajadores de la salud, principalmente a los médicos, se debe a una deshumanización de este grupo prevaleciente en nuestra sociedad. Esta surge, en parte, por la presión laboral y social a la que están expuestos. Así, para implementar políticas cuyo objetivo sea atenuar su sufrimiento como grupo, es necesario reconocer que son seres humanos como todos nosotros y sufren de la misma forma en que lo hace cualquier otro grupo de seres humanos.

Sufrimiento y duelo por las muertes causadas por COVID-19

En la segunda sección mencionamos que una característica del sufrimiento es que tiene un efecto dominó al desencadenar otros estados mentales. Para

ilustrar esta característica mencionamos como ejemplo el duelo. Esta experiencia es compleja y suele estar acompañada por experiencias afectivas que son sufrimiento (Cázares-Blanco, 2022; Cholbi, 2019; Kofod, 2017). Sin entrar en detalles sobre la naturaleza del duelo, en lo que sigue mostraremos cómo en esta experiencia puede haber sufrimiento colectivo, y considerarlo de esta forma arroja luz sobre algunas prácticas que surgieron en la pandemia.

En el duelo surgido en la pandemia ya no estamos ante un grupo específico, sino que hay un grupo más amplio y diverso. Lo que agrupa a estas personas es que comparten una experiencia de sufrimiento ligada a su situación. Cabe destacar que el duelo no solamente es una experiencia individual, sino que también suele ser una experiencia social (Thompson, 2017). Se puede afirmar que el duelo y el sufrimiento que lo acompaña son experiencias colectivas, ya que en este proceso suele haber contagio emocional: las personas convergen en el sufrimiento que sienten; hay un contexto que propicia que se dé dicho contagio y las personas que pasan por un proceso de duelo similar reconocen su sufrimiento mutuamente, dándose así la adhesión al sufrimiento que padece este grupo de personas.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, el sufrimiento colectivo que afectó a los dolientes —no solamente como individuos, sino como un colectivo integrado por personas que compartían un mismo tipo de experiencia afectiva— motivó a tomar medidas que procuraron aliviar o aminorar el sufrimiento que vivían. Esto llevó a la implementación de distintas medidas. Una de ellas fue la realización de funerales virtuales y homenajes en video debido a que las restricciones sanitarias impedían la asistencia de grandes grupos de personas a funerales.¹¹ De esta manera, el sufrimiento que aquejó a este grupo de personas motivó a buscar los medios necesarios para que su sufrimiento de por sí agravado por las condiciones impuestas por la pandemia fuera menos grave. Estos medios no solamente tenían por objetivo aliviar el sufrimiento de cada doliente, sino también el de aliviar el sufrimiento que los afectó colectivamente.

¹¹ Para ver cómo la pandemia modificó los funerales, véase la nota periodística de Ramos (6 de mayo del 2020).

Este y los demás ejemplos a los que hemos recurrido en esta sección son solo algunas de las formas entre muchas otras en las que considerar el *sufrimiento colectivo* arroja luz sobre las situaciones en las que surge y la necesidad de realizar acciones dirigidas a los grupos afectados que intentan aliviarlo. Considerar el sufrimiento colectivo que aqueja a ciertos grupos y no solamente enfocarse en experiencias afectivas individuales permite tener una noción más clara de lo que está afectando a ese grupo de una manera general. Tener en cuenta esta experiencia afectiva motiva la generación de las medidas pertinentes, como políticas públicas, que cambien la situación del grupo. De esta manera, al implementar las medidas necesarias, el sufrimiento individual y colectivo podrá ser aliviado.

CONCLUSIONES

En este capítulo nos hemos concentrado en desarrollar una noción de sufrimiento colectivo que permita dar sentido a algunas de las experiencias afectivas grupales que definieron la pandemia de COVID-19. Como hemos visto, el sufrimiento es una experiencia compleja y está presente en la vida cotidiana. En este capítulo no solo nos enfocamos en el sufrimiento que surge de manera individual, sino que resaltamos la importancia que tiene el sufrimiento colectivo. De esta manera, se puede dar una visión más clara de las situaciones que aquejan a los grupos que sufren. Pensar en el sufrimiento colectivo permite comprender más ampliamente las situaciones que causan dicha experiencia, motivando de esta manera acciones que permitan emprender políticas públicas u otro tipo de estrategias que solucionen los problemas que aquejan a las colectividades. Pensando nuestras experiencias afectivas como comunidad podremos darle un mejor sentido a nuestro sufrimiento, en especial aquel que surgió en la pandemia. Solo entonces podremos tomar las decisiones adecuadas que nos lleven a aliviarlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bain, D. (2017) Evaluativist accounts of pain's unpleasantness. En J. Corns (Ed.), *The Routledge handbook of philosophy of pain* (pp. 40-50). Routledge.
- Bain, D., Brady, M. y Corns, J. (2020). *Philosophy of suffering*. Routledge.
- Barlassina, L. y Hayward, M. K. (2019). More of me! Less of me!: Reflexive imperativism about affective phenomenal character. *Mind*, 128(512), 1013-1044. <https://doi.org/10.1093/mind/fzz035>
- Brady, M. S. (2016). Group emotion and group understanding. En M. S. Brady, y M. Fricker, *The epistemic life of groups* (pp. 95-110). Oxford University Press.
- Brady, M. S. (2018). *Suffering and virtue*. Oxford University Press.
- Cázares-Blanco, R. (2022). El impacto del duelo anticipado en las actitudes reactivas de sanación. *Revista de Filosofía*, 47(1), 213-230.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2020). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Cepal / OIT. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45557>.
- Cholbi, M. (2019). Regret, resilience, and the nature of grief. *Journal of Moral Philosophy*, 16(4), 486-508.
- Cruz-Parceró, J. (1998). Sobre el concepto de derechos colectivos. *Revista Internacional de Filosofía Política*, (12), 95-115.
- Deonna, J. y Teroni, F. (2012). *The emotions: a philosophical introduction*. Routledge.
- La Silla Rota Guanajuato. (5 de marzo de 2021). *El 47% de los estudiantes se siente frustrado de las clases en línea*. <https://guanajuato.lasillarota.com/estados/el-47-de-los-estudiantes-se-siente-frustrado-de-las-clases-en-linea/493286>
- Fajardo-Chica, D. y Hansberg, O. (2021). *La vida emocional en la pandemia*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Feldman-Barret, L. (2017). *How emotions are made*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Gascón, V. (29 de enero de 2021). *Tardan más en encontrar empleo*. El Diario. <https://diario.mx/economia/tardan-mas-en-encontrar-empleo-20210128-1756706.html>

- Gayosso, E. (2019). Sufrimiento, estados afectivos y dolor. *Euphyía*, 13(24), 57-91. <https://doi.org/10.33064/24euph2141>.
- Grant, A. (7 de octubre de 2021). El malestar que sientes tiene un nombre: se llama languidez. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2021/04/21/espanol/covid-estado-animo.html>
- Gilbert, M. (2002). Collective guilt and collective guilt feelings. *The Journal of Ethics*, (6), 115-143.
- Hansberg, O. (2001). Las emociones y la explicación de la acción. *Isegoría*, (25), 5-17.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. y Rapson, R. (1994). *Emotional contagion*. Cambridge University Press.
- Hick, J. (1977). *Evil and the god of love* (2ª ed.). MacMillan Press.
- Isern-Mas, C. y Gomila, A. (2019). Making sense of emotional contagion. *Humana.Mente Journal of Philosophical Studies*, (35), 71-100.
- Mora, J., Herrera, D. Y. y Fernando-Álvarez, J. (2022). Pandemia y duración del desempleo juvenil en Cali. *Revista de Economía Institucional*, 24(46), 195-216. <https://doi.org/10.18601/01245996.v24n.46.10>
- Jin, S. y Zafarani, R. (2017). Emotions in social networks: distributions, patterns, and models. *Proceedings of the 2017 ACM on Conference on Information and Knowledge Management*. 907-1916. <https://doi.org/10.1145/3132847.3132932>
- Kauppinen, A. (2020). The world according to suffering. En D. Bain, M. Brady y J. Corns (Edits.), *Philosophy of suffering* (pp. 19-36). Routledge.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kramer, A., Guillory, J. E. y Hancock, J. T. (2014). Emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(24), 8788-8790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1320040111>
- Kofod, E. H. (2017). From morality to pathology: a brief historization of contemporary Western grief practices and understandings. *Nordic Psychology*, (69), 47-60. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1267914>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

- López-Sánchez, O. y Robles-Mendoza, A. L. (2021). Procesos socioemocionales de universitarios ante la escolarización remota de emergencia a causa de las medidas sanitarias de COVID-19. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 13(36), 12-24.
- Mahase, E. (2020). COVID-19: What do we know about “long COVID”? *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>
- McClelland, T. (2020). The disruption model of suffering. En D. Bain, M. Brady y J. Corns (Edits.), *Philosophy of suffering* (pp. 37-54). Routledge.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *The COVID-19 Health caRe wOrkers Study (HEROES)*. Recuperado el 3 de febrero de 2022, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Platts, M. (1998). *Realidades morales: ensayo sobre psicología filosófica*. A. Stellino y A. Zirion (Trad.). Paidós / Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM.
- Prinz, J. (2004). *Gut reactions*. Oxford University Press.
- Ramos, J. L. (6 de mayo de 2020). *Funerales en línea reúnen a miles en medio de la pandemia*. El Sol de México. <https://www.elsoldemexico.com.mx/finanzas/funerales-en-linea-muertos-pandemia-coronavirus-covid-19-tecnologia-medidas-sanitaria-5192892.html>
- Sapién, A. (2020). The structure of unpleasantness. *Review of Philosophy and Psychology*, (11), 805-803. <https://doi.org/10.1007/s13164-019-00458-5>
- Schroeder, T. (2004). *Three faces of desire*. Oxford University Press.
- Steinert, S. (2020). Corona and value change. The role of social media and emotional contagion. *Ethics and Information Technology*, (23), S59-S68.
- Thompson, N. (2017). Culturally competent practice. En N. Thompson y G. R. Cox (Eds.), *Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement*. Routledge.
- Villanueva, M. (2021). Somos médicos, no dioses, la identidad médica frente a la pandemia de la COVID-19. En D. Fajardo-Chica y O. Hansberg (Eds.), *La vida emocional en la pandemia* (pp. 79-103). Universidad Nacional Autónoma de México.

Amalia Amaya⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia —como en otras crisis— hemos sido testigos de importantes y conmovedoras expresiones solidarias. En Australia, una pareja que regenta un restaurante albanés llegó a proporcionar hasta quinientas comidas gratuitamente por día a los afectados por la crisis sanitaria (Cassidy, 2021). En la India, la caravana del amor radical ayudó a miles de trabajadores migrantes que se habían quedado sin trabajo durante la pandemia (Libal y Kashwan, 2020, p. 542). En España, los ciudadanos aplaudieron al unísono desde los balcones en agradecimiento al personal sanitario. Estudiantes, enfermeros y médicos jubilados se ofrecieron para apoyar a los sistemas nacionales de salud. Grupos de Ayuda Mutua, en Gran Bretaña, apoyaron a grupos vulnerables de sus comunidades (Curtin et al., 2021). Sin embargo, la solidaridad que propicia los tiempos de crisis está vinculada irremediabilmente a la

* He presentado una versión anterior de este trabajo en el Seminario de Afectividad y Cultura, coordinado por Abraham Sapién, en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Agradezco a los participantes en este seminario por sus sugerencias y críticas, que han sido muy valiosas para mejorar este texto. Estoy especialmente agradecida con Olbeth Hansberg, con quien discutí en detalle borradores anteriores del presente trabajo y me proporcionó útiles y oportunos comentarios a lo largo del proceso de producción del mismo.

⁽¹⁾ Instituto de Investigaciones Filosóficas.

excepcionalidad: es una solidaridad efímera que desaparece una vez superada la crisis.¹ Vale la pena preguntarse: ¿qué condiciones posibilitan las acciones solidarias en tiempos de crisis y que parecen estar ausentes en tiempos de normalidad? ¿Cómo podríamos lograr que la solidaridad fuera un rasgo central, no excepcional, de nuestra vida social? En este capítulo sostendré que la construcción de prácticas solidarias sostenidas requiere transitar hacia una sociedad que aspire a realizar el ideal de la fraternidad y sugeriré algunas vías mediante las cuales podemos llegar a materializarlo.

La estructura del trabajo es la siguiente. En la primera sección, examinaré las condiciones que facilitan las expresiones solidarias en tiempos de crisis y que parecen estar ausentes en condiciones de normalidad. En la segunda parte, sostendré que para garantizar la estabilidad de las prácticas solidarias resulta esencial recuperar el ideal jurídico-político de la fraternidad, el cual requiere el establecimiento de relaciones sociales igualitarias de afecto y apoyo mutuo. En la tercera sección, argumentaré que las instituciones jurídicas cumplen una función central en la constitución de una genuina comunidad fraternal. En el cuarto apartado, sostendré que el tránsito hacia una sociedad fraterna exige que los ciudadanos cultiven una cierta orientación cognitiva y emocional virtuosa. En la quinta sección, discuto algunos de los riesgos que alberga la construcción de una comunidad fraternal, como vívidamente ha quedado de manifiesto en la pandemia actual. Concluyo, en la última sección, con algunas consideraciones acerca del potencial transformador de la idea de fraternidad.²

¹ La solidaridad tiene, como Crow ha señalado en una afortunada expresión, una “cualidad mercurial”. Es un “fenómeno inestable que oscila entre periodos de relativa quietud e intensas expresiones durante eventos tales como las huelgas, las revoluciones y las ceremonias religiosas”, y —podemos añadir— crisis como la pandemia actual. Véase Crow (2010, p. 58).

² Este trabajo se basa especialmente en las secciones 2, 3 y 5 en un trabajo anterior publicado en Amaya (2021), “The exceptionality of solidarity”.

SOLIDARIDAD Y CRISIS

En tiempos de crisis, como una pandemia, un desastre natural o una guerra, se dan muestras extraordinarias de solidaridad.³ Es sorprendente, sin embargo, que estas experiencias solidarias se produzcan en un contexto en el que somos capaces de tolerar sistemáticamente situaciones de extrema desigualdad y necesidad. Hay un contraste enorme entre las manifestaciones de solidaridad que se dan en una crisis y su ausencia en tiempos de normalidad. Me permito ilustrar este contraste con algunos ejemplos:

- a. Durante los confinamientos debidos a COVID, los vecinos le hacen la compra a los ancianos para los que era arriesgado salir; sin embargo, para muchos de ellos, la provisión de alimentos y otros productos básicos es extremadamente difícil —dadas sus condiciones de salud y avanzada edad— en tiempos de normalidad, en los que no reciben ningún tipo de ayuda.
- b. Los trabajadores migrantes que se han quedado sin trabajo debido a la COVID reciben alojamiento y comida durante los confinamientos, algo que también necesitan con urgencia pero que difícilmente obtienen en tiempos de normalidad.

En estos dos casos, podemos observar cómo personas —cuya situación de necesidad se ha agravado por la COVID— reciben ayuda durante la crisis, mientras que estas necesidades básicas quedan desatendidas en tiempos de normalidad. Veamos tres ejemplos más extremos:

- c. Después del terremoto de 2017 en México, la gente donaba comida, ropa, pañales, etcétera, a las familias que habían sido afectadas por el terremoto, junto a las cuales había familias que tenían las mismas necesidades de manera permanente y que no recibían ninguna ayuda.

³ Prainsack (2020) sostiene que las pandemias no aumentan automáticamente la solidaridad.

- d. En Irlanda, el subsidio semanal por desempleo cuando la pérdida del trabajo se ha debido a la COVID es mucho mayor que el subsidio semanal estándar del paro (Nolan, 2021).
- e. Un niño de nueve años que trabaja en la calle como limpiabotas en México recibe por primera vez en su vida juguetes, que le envió una persona anónima que se enteró de su situación a través del periódico en tiempos de COVID (Romero, 2020).

En estos casos hay una asimetría importante entre las expresiones de solidaridad en tiempos de crisis y su ausencia en tiempos de normalidad. En [c] y [d], personas que están en situación de necesidad por razones relativas a COVID reciben ayuda, mientras que otras personas que tienen la misma necesidad —pero por razones no relacionadas con COVID— no la reciben (en [c]) o se les ayuda en menor medida (en [d]). En [e], un niño recibe ayuda en tiempos de crisis, pero no en tiempos normales, a pesar de que su necesidad no tiene nada que ver con la crisis. Estos casos son más extremos en cuanto que ilustran un trato diferenciado entre personas (en [c] y [d], a diferencia de [a] y [b]), que es preciso justificar, y un trato diferenciado hacia la misma persona (en [e]) incluso cuando la necesidad en cuestión (a diferencia de [a] y [b]) no guarda ninguna relación con la situación de crisis.

Frente a estos casos, surgen algunas preguntas apremiantes: ¿qué diferencia hay entre no poder ir a hacer la compra debido a la COVID y no poder hacerla debido a la avanzada edad? ¿Por qué estamos dispuestos a ayudar a los migrantes, pero solo en tiempos de COVID? ¿Cómo podemos justificar el trato desigual entre familias que están en situación de necesidad debido a una crisis y aquellas que lidian de manera permanente con la necesidad? ¿O qué diferencia hay entre una persona que está desempleada debido a la pandemia y alguien que está sufriendo las consecuencias del desempleo desde antes de que iniciara la pandemia? ¿Cómo le podríamos explicar a un niño de la calle que va a recibir un regalo si hay una crisis, pero ninguno si no la hay? Merece la pena indagar entre las diferencias que puede haber entre los tiempos de crisis y los de normalidad, para poder determinar cuáles son los factores que movilizan la solidaridad en tiempos de crisis y que parecen estar

ausentes en tiempos de normalidad. Algunas diferencias posibles parecen ser las siguientes:

- a. La primera diferencia, obvia quizá, es la dimensión temporal. Mientras que parece posible prestar ayuda durante un tiempo limitado, como en una crisis, puede ser demasiado oneroso hacerlo, dados otros compromisos, de manera sostenida a lo largo del tiempo. De hecho, es importante destacar cómo las expresiones solidarias mencionadas ocurrieron durante los primeros meses de la pandemia, pero han ido desapareciendo —o se han ido diluyendo— conforme la situación de la pandemia se ha ido “normalizando”.
- b. En tiempos de crisis, entendemos que la situación es tal que rebasa las capacidades del Estado y nos sentimos compelidos a ayudar, mientras que, en tiempos de normalidad, la responsabilidad de aliviar la situación de necesidad no se entiende como propia, sino que se le atribuye al Estado.
- c. En tiempos de crisis, nos sentimos identificados con el otro porque nosotros podríamos ser los que habríamos perdido la casa o el trabajo o los que podríamos haber estado incapacitados para ir a comprar, mientras que esta identificación mutua está ausente —de manera radical en muchas ocasiones— en las situaciones ordinarias, en las que divisiones de género, clase social o raza militan en contra de dicha identificación.⁴
- d. En tiempos de crisis, la situación de necesidad se atribuye a causas que están fuera de nuestro control —ya sean causas naturales (como un terremoto, una inundación o una pandemia) o no (como un conflicto

⁴ Esta identificación mutua está ausente en el caso [d], que puede ser explicado como un caso en el cual la empatía y la disposición a ayudar en la crisis se expande más allá de aquellos que están afectados por la crisis y se transfiere a otros grupos. En tiempos de crisis, parecemos estar más alerta a las necesidades de los otros y más dispuestos a percibir situaciones de necesidad que pasarían desapercibidas en tiempos de normalidad.

bélico)— mientras que en una situación normal se atribuye la responsabilidad de la situación de necesidad al propio agente.

Parece haber, por lo tanto, diferencias importantes entre la situación de crisis y la situación de normalidad que podrían, quizá, explicar por qué la solidaridad se manifiesta de manera extraordinaria cuando enfrentamos una crisis. Sin embargo, un análisis más cuidadoso revela que las diferencias entre la crisis y la normalidad son mucho menores de lo que puede parecer a primera vista.

- a. Temporalidad. Sin duda, esta es una diferencia significativa entre las situaciones de crisis y las de normalidad, lo cual hace necesario, como argumentaré más adelante, que se establezcan mecanismos institucionales que permitan garantizar las prácticas solidarias en el tiempo.
- b. Responsabilidad. La obligación de atender las necesidades de los otros no se puede suspender, cumplir tan solo intermitentemente, o transferir convenientemente al estado en tiempos de normalidad.⁵ Tanto en tiempos de normalidad como de crisis tenemos una responsabilidad de aliviar las situaciones de necesidad y establecer y monitorear un Estado que tenga la capacidad de sustentar prácticas solidarias a lo largo del tiempo.⁶
- c. Causalidad. Hay una simetría importante entre las causas sociales (la estructura social, racial, etcétera) y las causas de fuerza mayor (naturales o no). La atribución de la responsabilidad individual en relación a la situación de necesidad a individuos que pertenecen a grupos desfavorecidos o marginales ignora la medida en la que tal situación es

⁵ La solidaridad, como es bien sabido, tiene su origen en el derecho romano, en el cual una obligación *in solidum* era una obligación en la que cada individuo era responsable de las deudas de todos. Véase Brunkhorst (2005, pp. 1-2).

⁶ Como argumentaré después, tanto las versiones formales, estatales, de solidaridad como las informales, ciudadanas, son necesarias para poder satisfacer las demandas de la solidaridad.

producto de factores, *i. e.*, injusticia estructural, que están igualmente más allá de su control.

- d. Identificación. En situaciones de normalidad, al igual que en situaciones de crisis, lo que nos une es mucho más que lo que nos separa. Todos somos vulnerables a la muerte, la desgracia repentina y la enfermedad. En ambos casos, los recursos de los que disponemos para combatirlos son, sin embargo, muy distintos y la fractura social, que está presente tanto en situaciones de crisis como de normalidad, obstaculiza el reconocimiento mutuo como iguales.

No hay, por lo tanto, diferencias sustanciales entre las situaciones de crisis y las de normalidad que puedan justificar la ausencia de solidaridad en tiempos de normalidad. Concepciones “transitorias” de la solidaridad que la vinculan con situaciones de crisis, con la provisión de ayuda a aquellos que han sido afectados por ella, no logran dar cuenta de la persistencia de sus demandas.⁷ El análisis de las expresiones solidarias admirables de las que somos capaces en tiempos de crisis nos permite identificar algunas vías mediante las cuales podríamos ir más allá de la solidaridad puntual, como respuesta a la crisis, y construir una comunidad donde la solidaridad sea un rasgo característico, en lugar de excepcional, de nuestra vida social.⁸ En primer lugar, parece necesario construir una genuina comunidad fraternal, en la que nos reconozcamos como iguales, más allá de las divisiones sociales y las desigualdades estructurales que fracturan nuestra sociedad. En segundo lugar, es necesario tener un Estado fuerte que pueda asegurar las prácticas solidarias en el tiempo y asumir la responsabilidad como ciudadanos para

⁷ Acerca de la solidaridad como respuesta a la crisis y a su insuficiencia, véase Ciornei y Ross (2021).

⁸ Por supuesto, esto no desmerece en lo más mínimo las admirables muestras de solidaridad de las que hemos sido testigos en la crisis: estas requieren acciones solidarias excepcionales, aun cuando la solidaridad deba, en todo caso, cristalizarse en nuestras instituciones y convertirse en un rasgo permanente de las estructuras sociales y jurídicas.

que exista y opere de manera eficaz. En las siguientes dos secciones examino estas dos vías, a la luz de la experiencia de la pandemia actual.

EL IDEAL REPUBLICANO DE LA FRATERNIDAD

Junto con expresiones extraordinarias de solidaridad, que nos cohesionan como comunidad, las pandemias —y otras crisis— están marcadas por profundas desigualdades que fragmentan la comunidad. Los tiempos de crisis sacan a la luz desigualdades que ya existían antes de la crisis, por ejemplo, la disparidad en el acceso a los servicios de salud en la pandemia o el acceso a una vivienda digna en un terremoto. Las crisis también intensifican desigualdades preexistentes, por ejemplo, en la pandemia de COVID-19, las personas con menor acceso a los servicios de salud también han sido las que han sufrido un riesgo mayor, ya que tenían una probabilidad más alta de padecer condiciones de salud que agravan la enfermedad; el confinamiento aumentó los casos de violencia doméstica, y el cierre de las escuelas ha tenido un impacto desproporcionado en la vida profesional y las perspectivas profesionales de las mujeres. Las crisis generan también nuevas desigualdades, como la exclusión que ha sufrido el personal sanitario o los pacientes —sobre todo al inicio de la pandemia— que se recuperaban de COVID (Mishra y Rath, 2020, p. 2) y nuevas formas de estigmatización, como la de los latinos en la pandemia de la influenza H1N1 o los asiáticos y los indios musulmanes en la de COVID-19.⁹ Las fracturas sociales, reveladas, exacerbadas y generadas en tiempos de crisis, erosionan las bases de la solidaridad en cuanto que son un obstáculo para nuestro reconocimiento mutuo como iguales.

Jan-Werner Müller escribió, en relación con la supuesta capacidad unificadora de la pandemia actual, “en lugar de que todos estemos en el mismo barco, resulta que algunos se ahogaron rápidamente, otros están remando

⁹ Para una excelente discusión de las desigualdades en la pandemia y del modo en el que las mismas suponen un desafío para la solidaridad, véase Marjin et al. (2021). Véase, también, Berkhout et al. (2021).

desesperadamente para mantenerse con vida, y otros, ni siquiera llegaron a estar en el barco en primer lugar, sino que los vimos alejarse en sus yates de lujo” (Müller, 2021). Lo que es más, la situación de necesidad que los grupos más desfavorecidos tienen que enfrentar no es independiente, como es bien sabido, de la situación de privilegio de los grupos aventajados. En abril de 2017, en el río Usumacinta, en la frontera entre México y Guatemala, un yate pasó a mucha velocidad al lado de unas lanchas pequeñas en las que familias con pocos recursos estaban pasando el domingo. El yate volcó una de las lanchas. Los jóvenes y ricos dueños del yate ni se enteraron, la familia, incluyendo un bebé, cayeron al agua; ninguno de ellos sabía nadar y gritaban desesperados, ahogándose, pidiendo ayuda. En ningún lado estaba el Estado, ni para detener al yate ni para ayudar a la familia, que por suerte fue rescatada por un pequeño bote que pasaba justo por ahí en ese momento crítico. En las crisis, como en el Usumacinta, resulta evidente que no solo no estamos todos en el mismo bote, sino que, además, el privilegio de unos se logra —tanto en tiempos de crisis como de normalidad— a expensas de otros, que se consideran dispensables. La distribución desigual de las vacunas o la multiplicación de las fortunas durante la pandemia actual es, desafortunadamente, una muestra de ello.¹⁰

Estas profundas desigualdades, sin embargo, son compatibles con otros tipos de solidaridades, que, además, ayudan a cimentar. En las crisis, junto con actos de solidaridad con aquellos que se encuentran necesitados y expresiones de “efervescencia colectiva”, en palabras de Durkheim, ejemplificadas en los aplausos colectivos en agradecimiento al personal sanitario o en los minutos de silencio que se guardaban en toda la república por las víctimas del terremoto en México (Mishra y Rath, 2020, pp. 4-5), los ciudadanos también se aglutinaron en torno a los suyos, su país o su generación. Durante la pandemia surgió un conjunto de solidaridades sectarias que socavaron la acción y el sentimiento colectivo. En la India, formas de solidaridad basadas en la

¹⁰ Véase la discusión de Gordon Brown acerca de una aproximación *neocolonial* a la salud global en Brown (2021). Acerca del incremento de las fortunas de los bilionarios durante la pandemia, véase Berkhout et al. (2021, pp. 10-11).

casta se emplearon para exacerbar la exclusión de algunas castas, al identificar a sus miembros como portadores del virus (Kumar, 2020, p. 37); los movimientos antivacunas apelaron a la solidaridad generacional enfrentando a los jóvenes con los adultos mayores¹¹ y formas de solidaridad nacional se invocaron para cuestionar políticas de ayuda internacional (Gostin et al., 2020). Hay una lógica de inclusión-exclusión en los discursos sobre la solidaridad que tratan de delimitar claramente quiénes pertenecen a la comunidad y pueden ser, por lo tanto, potenciales beneficiarios de la acción solidaria (Agra, 1994, p. 152).

Tales versiones excluyentes, sectarias, de la solidaridad la privan de cualquier legitimidad moral. Esto no significa que la única forma justificada de solidaridad sea la cosmopolita. Sin duda, hay formas moralmente valiosas de solidaridad entre movimientos sociales, camaradas, clanes, miembros de minorías culturales y religiosas y conciudadanos. Más que una lógica de inclusión-exclusión, la pluralidad de solidaridades quizá se puede describir mejor en términos de una lógica de círculos concéntricos, en donde los círculos internos, es decir, las solidaridades parciales, se integran en las más amplias. Las formas parciales de solidaridad, desde esta perspectiva, serían moralmente valiosas siempre y cuando su justificación no se derrotara al expandir el círculo relevante, es decir, si están apoyadas en razones que son universalizables. Lo que da una legitimidad aparente a formas de solidaridad excluyentes es, me parece, una concepción liberal que la vincula con formas de cooperación cuyo objetivo es avanzar el autointerés.¹² Sin embargo, parece

¹¹ Acerca de la división generacional y la discriminación por edad en la pandemia actual, véase Ayalon et al. (2021).

¹² Por ejemplo, la solidaridad del Ku Klux Klan carece de valor moral en cuanto que se basa en razones que serían vencibles en cuanto uno expande el círculo relevante. En otras palabras, está basada en razones que otros pueden rechazar. La solidaridad es, por lo tanto, un concepto normativamente dependiente, cuyo valor moral depende del modo en el que se identifique el grupo relevante y sus valores. Véase Derpmann (2021) y Frost (2021). Acerca de la universalidad como criterio que las solidaridades parciales deben satisfacer para poder ser moralmente valiosas, véase Dillinger (2021).

necesario reemplazar una perspectiva de la solidaridad basada en la cooperación autointeresada o en la estricta reciprocidad por una perspectiva basada en el reconocimiento de la humanidad común.¹³ Las prácticas solidarias deben, en último término, insertarse en un proyecto, más amplio, de construcción de una comunidad genuinamente fraternal.

En una comunidad fraternal se satisfacen tres condiciones: los miembros se reconocen como iguales, están vinculados por lazos de cuidado y afecto mutuo y están dispuestos a ayudarse recíprocamente.¹⁴ La fraternidad tiene, por lo tanto, tres componentes: un componente cognitivo, un componente afectivo y un componente práctico. Es, en este sentido, un ideal complejo que no puede reducirse a la solidaridad, sin que se incurra en una pérdida significativa de significado, que es, de manera prioritaria, un compromiso práctico. Hay, además, dos diferencias adicionales importantes entre la fraternidad y la solidaridad. En primer lugar, la solidaridad se puede dar en relaciones asimétricas, verticales, por ejemplo, entre donantes y las víctimas de un desastre natural, mientras que la fraternidad es siempre una relación horizontal de reconocimiento mutuo. En segundo lugar, la fraternidad tiene un perfil emocional diferente al de la solidaridad. Las emociones que motivan la acción solidaria son, de manera característica, emociones negativas, como el enojo y el sufrimiento por el dolor ajeno, a diferencia del componente afectivo de la fraternidad, que lo constituyen emociones positivas asociadas con los vínculos de afecto y cuidado mutuo.¹⁵

A diferencia de la fraternidad, la solidaridad es, por lo tanto, de manera central, una actitud práctica que concluye en una acción, por ejemplo, promover una causa común o ayudar, especialmente, a aquellos que son vulnerables

¹³ Para una crítica de la concepción liberal de solidaridad, véase Meulen y Houtepen (2012).

¹⁴ Para un desarrollo de esta concepción de la fraternidad, véase Amaya (2016).

¹⁵ En este punto hay una similitud importante con la amistad cívica, véase Schwarzenbach (2015, p. 14). Acerca del papel que juegan las emociones negativas en la motivación de la acción solidaria, véase Tava (2021). Sobre el papel que juegan las emociones colectivas en la conformación de la solidaridad, véase Salmela (2014).

o que tienen extrema necesidad.¹⁶ La sugerencia es, sin embargo, que esta acción solidaria (lejos de estar al servicio de intereses de grupo o de ser el resultado de impulsos caritativos) habría de anclarse en un proyecto más ambicioso, a saber, la construcción de una comunidad de iguales unidos por lazos afectivos.¹⁷ La ayuda desinteresada, en este sentido, habría de verse como una expresión de una cierta orientación cognitiva y emocional que lleva a los miembros de la comunidad a considerar a los otros como iguales, con los que uno está unido por un profundo vínculo de afecto y preocupación mutua. Desde esta perspectiva, la solidaridad es un ideal incluyente, abarcador de todos los miembros de la comunidad, de tal manera que las formas locales de solidaridad sirven de puntos focales para desarrollar una comunidad fraternal, en vez de ser solidaridades excluyentes que se realizan a costa de otros grupos.

Es esencial notar que el ideal de la fraternidad no termina dentro de las fronteras nacionales, sino que alcanza a toda la comunidad global.¹⁸ Las divisiones sociales que sistemáticamente benefician a algunos en perjuicio de otros, tanto dentro como fuera del Estado, son un impedimento para la realización de la fraternidad. Solidaridades nacionales, al igual que cualquier otra forma local de solidaridad, han de estar al servicio de solidaridades más amplias, en lugar de comprometer su construcción. Como Frost ha señalado, la solidaridad nacional “no se debe realizar a costa de una falta de solidaridad con otros que son explotados y dominados” (Frost, 2021, p. 12).

Esta pandemia, a diferencia quizá de otras crisis, ha puesto de manifiesto vívidamente nuestra vulnerabilidad común y la necesidad de construir solidaridades transnacionales que nos permitan enfrentar de manera efectiva

¹⁶ Acerca de la solidaridad como una actitud práctica, véase Frost (2021).

¹⁷ Acerca de la necesidad de que la solidaridad funcione en tándem con la fraternidad, véase Puyol (2019, pp. 39-48).

¹⁸ Para una defensa de una concepción cosmopolita de la solidaridad, véase Wilde (2013). Acerca de la necesidad de solidaridad global en el contexto de la pandemia, véase Tomson et al. (2021), y Schneider et al. (2021). Sobre la solidaridad más allá del Estado en tiempos de crisis en un contexto europeo, véase Lahusen et al. (2021).

los riesgos potenciales a nuestra supervivencia como especie. Una vez que una concepción de la solidaridad basada en el interés propio se desplaza en aras de una concepción conforme a la cual se fundamenta en el reconocimiento del otro como un igual con el que estoy vinculado afectivamente en cuanto que pertenece, lo mismo que yo, a la comunidad humana, las solidaridades nacionales —al igual que cualquier tipo de solidaridad de grupo— se convierten en vías centrales para alcanzar una solidaridad global, en lugar de herramientas que refuerzan desigualdades sociales dentro y fuera de los Estados que son incompatibles con la fraternidad.

¿Cómo podríamos transitar de una solidaridad puntual, ligada a la crisis, a una genuina comunidad fraternal en la que la solidaridad sea una característica de la vida social y política ordinaria? Son dos, me parece, las vías principales: la generación de un Estado fuerte que tenga la capacidad de sostener las prácticas solidarias en el tiempo, y la educación de un conjunto de actitudes cognitivas y emocionales en la ciudadanía. Paso a examinar cada una de estas vías en las dos secciones siguientes.

LA DIMENSIÓN INSTITUCIONAL DE LA FRATERNIDAD

Una asimetría importante, como he señalado antes, entre la solidaridad en tiempos de crisis y la solidaridad en tiempos de normalidad, es la temporalidad; por ello, es necesario crear instituciones que puedan sostener las prácticas solidarias a lo largo del tiempo. El hecho de que no podamos llevar a cabo acciones solidarias en tiempos de normalidad con el mismo nivel de compromiso que manifestamos en tiempos de crisis no nos libera, sin embargo, de nuestra responsabilidad con los otros en tiempos de normalidad. Debido a los límites que existen al esfuerzo individual, es necesario que haya un Estado fuerte, con los recursos y las capacidades necesarias para garantizar la estabilidad de las prácticas solidarias a lo largo del tiempo, y es nuestra responsabilidad como ciudadanos asegurarnos de establecerlo.¹⁹ Por lo tanto, las

¹⁹ Los servidores públicos tienen, tanto en tiempos de normalidad como en crisis,

concepciones de la solidaridad que minimizan el papel que tiene el Estado en implementar la solidaridad, que niegan la posibilidad de implementar la solidaridad mediante el derecho o que sitúan a la solidaridad exclusivamente en el terreno de la moral, no son adecuadas para realizar una sociedad donde las prácticas solidarias sean un elemento central —más allá de una crisis— de la vida social.²⁰ Más aún, una concepción de solidaridad que impida que se solidifique a través del derecho parece ser incoherente. Si tenemos una obligación moral de ser solidarios, que no puede dar lugar a obligaciones jurídicas, pero no somos capaces de actuar de manera solidaria al nivel requerido de modo consistente, entonces parece que o bien estamos obligados a hacer lo que no podemos —lo cual viola claramente el principio de que nadie está obligado a lo imposible— o nuestras obligaciones solidarias parecen depender tanto de los medios y oportunidades de los que disponemos de manera contingente que carecen de cualquier fuerza normativa, ya que pueden activarse o desactivarse a voluntad.

Es, por lo tanto, necesario que las prácticas solidarias se solidifiquen, es decir, que se establezcan formalmente a través del derecho.²¹ Sin duda, las exigencias de la solidaridad han sido institucionalizadas en alguna medida, como es bien sabido, en el estado social de derecho. Sin duda, la pandemia actual ha mostrado hasta qué punto es necesario que —incluso en tiempos de crisis, cuando los ciudadanos están dispuestos a ayudar de manera extraordinaria— haya un Estado social que cuente con los recursos necesarios para atender las necesidades colectivas de manera eficaz. La pandemia también ha puesto claramente de manifiesto la necesidad de que haya formas institucionales de solidaridad transnacional. Por supuesto, existen importantes instituciones que permiten avanzar en la dirección de construir una verdadera

obligaciones adicionales de solidaridad, véase West-Oram (2021).

²⁰ Véase Wildt (1999). Véase también Frost (2021, p. 8). Para una discusión crítica de concepciones según las cuales la solidaridad es un valor que no puede implementarse jurídicamente en el contexto de la Unión Europea, véase Ross (2021).

²¹ Acerca de la importancia de la solidaridad institucional, como ha puesto de manifiesto la pandemia actual, véase Prainsack (2020, pp. 129-130).

“fraternidad de los pueblos”. Sin embargo, como la crisis sanitaria actual ha mostrado rotundamente, las instituciones distan mucho de ser suficientes. El retroceso del Estado social de derecho y el tímido avance de las formas transnacionales de solidaridad han limitado de manera drástica el nivel de institucionalización de las prácticas solidarias. La solidaridad, desde el nivel local al global, necesita para su sustento de una estructura jurídica adecuada, que, hasta ahora, no hemos logrado establecer. Se requiere de una buena dosis de imaginación institucional (y, huelga decirlo, de voluntad política) para visualizar formas en las que la solidaridad se puede implementar dentro y fuera del Estado. De manera central, la institucionalización de la solidaridad no puede limitarse a la incorporación de derechos sociales y económicos en los sistemas —nacionales e internacionales— de derechos humanos. La solidaridad —y en último término, la fraternidad— va más allá de lo que puede expresarse con el lenguaje de los derechos. Lo que es más, como Ross ha señalado en el contexto de la Unión Europea, “la solidaridad no parece encajar bien en las estructuras institucionales, las competencias jurídicas y los esquemas de política pública establecidos” (Ross, 2021, p. 234). Por lo tanto, la implementación jurídica de la solidaridad (y la construcción de una comunidad fraternal) exigen pensar y revisar los arreglos institucionales vigentes e imaginar estrategias innovadoras que nos permitan realizar cabalmente el ideal de la solidaridad (y la fraternidad).

La vindicación de formas institucionales de solidaridad no implica, sin embargo, que sea exclusivamente una cuestión del Estado en tiempos de normalidad, es decir, que podamos convenientemente transferir nuestras obligaciones de solidaridad al Estado, de manera que el cumplimiento de estas requiera simplemente que apoyemos un gobierno que implemente de manera apropiada medidas solidarias. Al igual que la realización de los ideales de libertad e igualdad no requieren tan solo que sean protegidos jurídicamente, sino también que los ciudadanos eviten los múltiples patrones de comportamiento social, mediante los cuales se puede limitar la libertad y dañar la igualdad sin quebrantar el derecho, una sociedad no puede ser fraterna a menos que el Estado y los ciudadanos se involucren activamente para llevarla a cabo. Además, la existencia de formas organizadas de solidaridad

ciudadana con diferentes grados de formalización es también central para construir una sociedad fraterna. Entre el nivel macro, estatal, de solidaridad y el micro, individual, hay un estadio intermedio, crítico, en el cual la acción solidaria se lleva a cabo por organizaciones de la sociedad civil.²² Como muestran algunos estudios empíricos, formas híbridas de solidaridad, que surgen de la colaboración entre el estado y agentes no estatales, conllevan también beneficios sociales importantes (Kourachanis et al., 2019, pp. 678-692). Por lo tanto, las vías informales y formales de la solidaridad no se diferencian nítidamente ni están desconectadas entre sí, sino que, por el contrario, están interrelacionadas.²³ De manera central, el derecho promueve, canaliza, sostiene, pero también impide prácticas solidarias en los niveles micro y meso. Por lo tanto, la realización de la solidaridad y, en último término, la construcción de una comunidad fraternal exige coordinar esfuerzos en los tres niveles, así como el establecimiento de una densa y fructífera red de conexiones entre ellos.

FRATERNIDAD Y EDUCACIÓN SENTIMENTAL

Ahora bien, a pesar del papel central que, como he argumentado en la sección anterior, juega el Estado para garantizar la estabilidad de las prácticas solidarias más allá de las crisis, una verdadera comunidad fraternal en la que la acción solidaria sea característica, no excepcional, de la vida social no se puede establecer exclusivamente a base de reforma legal. El establecimiento de un Estado comprometido con avanzar los ideales solidarios, así como la vitalidad de las formas informales e híbridas de solidaridad que tan necesarias son para realizar los mismos, requiere que los ciudadanos compartan un *ethos* igualitario y tengan una determinada orientación emocional. La

²² Acerca de la relevancia de un nivel intermedio, véase Ciornei y Ross (2021, pp. 213-214) y Lahusen et al. (2021, pp. 4-5).

²³ Para una discusión de la interrelación entre solidaridad “blanda” y “derecho duro” en el contexto de la Unión Europea, véase Ross (2021).

educación resulta, por ello, un instrumento fundamental para la construcción de una comunidad fraternal.²⁴

Como es bien sabido (y tal y como se ha puesto de manifiesto en la pandemia actual), las emociones, tanto individuales como colectivas, cumplen un papel esencial en las expresiones puntuales de solidaridad.²⁵ Sin embargo, para lograr establecer una sociedad fraternal que pueda garantizar la estabilidad de las prácticas solidarias parece necesario cultivar en la ciudadanía un conjunto de disposiciones cognitivas y afectivas que permitan establecer de manera confiable los vínculos afectivos y la identificación mutua que, de un modo excepcional, se generan en momentos de crisis y de los que depende, de manera fundamental, la disposición a ayudar. Las virtudes, como rasgos de carácter, son disposiciones confiables a sentir y a actuar de una determinada manera.²⁶ Aquel que posee, por ejemplo, la virtud de la generosidad no solo tiene una disposición confiable a actuar como la haría una persona generosa y por los motivos que caracterizan a una persona generosa, sino que también tiene una respuesta emocional adecuada a aquellas situaciones que requieren de generosidad. En este sentido, una ciudadanía virtuosa —y un cuerpo de servidores públicos virtuosos— que tenga el conjunto de disposiciones y motivaciones características del virtuoso y las emociones virtuosas asociadas a las mismas resulta de la mayor relevancia para construir una comunidad fraternal. Virtudes como la compasión, la humildad o el servicio, entre otras, son fundamentales para lograr establecer las prácticas solidarias estables en el tiempo.²⁷

¿Cómo se podrían inculcar estas virtudes? Hay distintas formas en las que se podría incidir en la educación con vistas a desarrollar en ciudadanos

²⁴ Acerca de una educación para la solidaridad, véase Dillinger (2021).

²⁵ Véase, en el contexto de la pandemia actual, Marzana et al. (2022).

²⁶ Acerca de las relaciones entre emoción y virtud, véase Hursthouse (1999, cap. 5), Sherman (1989, cap. 2), Stark (2001), Kristjánsson (2018) y Sreenivasan (2020).

²⁷ Para un argumento acerca de la relevancia de la virtud, específicamente, de la humildad para la construcción de una comunidad fraternal, véase Amaya (2017).

y servidores públicos un carácter virtuoso.²⁸ En primer lugar, como es bien sabido desde Aristóteles, los ejemplares, modelos de virtud, cumplen una función central en la adquisición de las virtudes.²⁹ Sería necesario modificar la educación de manera que se visibilizaran los modelos de virtud, por ejemplo, mediante la recuperación de los libros de *exempla* y su discusión crítica en las aulas.³⁰ De manera adicional, sería útil también generar una diversidad de espacios de interacción que expongan a los estudiantes y servidores públicos a modelos de virtud, por ejemplo, mediante prácticas, ciclos de conferencias o sistemas de mentoría. Destacar la dimensión pedagógica, en cuanto modelos de rol, que cumplen los profesores y otros profesionales es también importante para inculcar las virtudes mediante la imitación (Sanderese, 2013).

En segundo lugar, sería necesario repensar la educación, tanto general como profesional, en aras de desarrollar el conjunto de habilidades que son necesarias para lograr embarcarse en el tipo de razonamiento práctico que es característico del virtuoso. Desde este punto de vista, habría que procurar desarrollar en estudiantes y servidores públicos la imaginación, las disposiciones afectivas y las capacidades perceptuales que son constitutivas de la virtud. En este sentido, la inclusión del estudio de cine y literatura, entre otros medios, puede ser efectivo para el desarrollo de estas capacidades, a la par que útil para familiarizar a los ciudadanos y servidores públicos con modelos de virtud (y vicio) más allá de aquellos que pueden conocer de primera mano.

En tercer lugar, aunque de alcance limitado, también podrían incorporarse a la educación, incluida la educación a nivel profesional de servidores públicos, cursos de ética orientados a desarrollar las virtudes así como

²⁸ He discutido algunas de las vías mediante las cuales se pueden inculcar las virtudes en servidores públicos, especialmente, en jueces en Amaya (2021). “The Exceptionality of Solidarity.”

²⁹ Recientemente, el estudio de la función que cumplen los ejemplares en la educación en virtudes ha despertado un gran interés, estimulado en una medida importante por el trabajo de Linda Zagzebski. Véase Zagzebski (2017).

³⁰ La discusión crítica de los ejemplares de virtud, según ha sostenido Sanderese, aumenta los efectos educativos de los mismos. Véase Sanderese (2013).

algunas intervenciones propuestas en el ámbito de la psicología cognitiva, como ejercicios multimodales diseñados para promover virtudes, o tareas de escritura que incorporan “el sello semántico” de las virtudes, es decir, los recursos lingüísticos característicos de las virtudes, por ejemplo, el lenguaje incluyente en el caso de la humildad (Lavelock et al., 2014; Wright et al., 2017).

Mediante estas y otras vías, se podría promover el compromiso igualitario y la orientación emocional que es inherente a la fraternidad y que compele a la acción solidaria. Es importante notar que la educación para la fraternidad y su institucionalización no son vías independientes, sino que hay importantes conexiones entre ellas. Por un lado, una educación que tenga como objetivo cultivar los valores y las emociones propias de una ciudadanía virtuosa está también al servicio de la construcción de un Estado fraternal en cuanto que tal ciudadanía estará más dispuesta a establecer y a apoyar las medidas e instituciones jurídicas necesarias para realizarla.³¹ Por otro lado, dado el impacto que tiene el derecho en la conformación de las concepciones normativas de los ciudadanos, la implementación de la fraternidad a nivel institucional es también una vía importante para promover una adhesión a la misma entre la ciudadanía. Además, las instituciones jurídicas sirven de ejemplo y cumplen, en este sentido, también una importante función educativa.³² Por lo tanto, las vías institucional y educativa son complementarias, se refuerzan mutuamente y mediante ellas es posible avanzar en el proyecto de construir una comunidad fraternal donde tengan cabida prácticas de solidaridad robustas y estables.

³¹ Por ejemplo, como se ha mostrado empíricamente, el apoyo a las políticas estatales solidarias a nivel global durante la pandemia está correlacionada de manera central con la adhesión a valores cosmopolitas. Por lo tanto, una educación orientada a cultivar dichos valores entre los ciudadanos promueve una ciudadanía que está más dispuesta a apoyar el establecimiento de las instituciones jurídicas y las políticas públicas necesarias para realizar el ideal de la fraternidad supraestatalmente. Véase Bauhr y Charron (2021).

³² Acerca de la capacidad del derecho para proporcionar modelos virtud, véase Brownlee, (2015).

LOS RIESGOS DE LA FRATERNIDAD

Hasta ahora he sostenido que para transitar desde la expresión ocasional de solidaridad a una sociedad donde se realicen plenamente las exigencias de la solidaridad, es necesario construir una comunidad fraternal en la que los miembros se reconozcan como iguales, estén vinculados por lazos afectivos y tengan una disposición a ayudarse mutuamente, así como una estructura institucional apropiada tanto a nivel nacional como supraestatal. La comunidad y el Estado han de trabajar en tándem para lograr que la solidaridad sea un rasgo regular, en vez de intermitente, de nuestra vida social.

Ahora bien, las experiencias solidarias en la crisis actual también han mostrado la medida en la cual ambas vías —la sociedad civil y el Estado— albergan riesgos importantes. En la pandemia de COVID-19 hubo un momento inicial marcado por la desconfianza mutua y el miedo al otro como potencial fuente de contagio. Este es, me parece, un rasgo central que diferencia a las pandemias de otros tipos de crisis, como los desastres naturales, en cuanto que el origen del peligro no se sitúa en una causa externa al agente. Sin embargo, la diferencia es tan solo de grado: en crisis provocadas por desastres naturales, la inestabilidad y el caos posterior al desastre dan lugar a nuevas fuentes de peligro y generan miedo y desconfianza, como el saqueo de los edificios dañados y evacuados que en Ciudad de México después del terremoto puso de manifiesto. Tras un momento de miedo mutuo —que erosiona los lazos comunitarios— se pasó a un momento de cuidado mutuo en el que la distancia social y otras restricciones se percibieron como expresiones de cuidado. Esta etapa, sin embargo, fue seguida de momentos de opresión, en los cuales algunos sectores de la población vigilaron meticulosamente el cumplimiento de las reglas establecidas para evitar la propagación del virus y el Estado actuó de manera autoritaria en su celo por asegurar el cumplimiento. El afecto y la preocupación por el bienestar del otro, que es un rasgo central de una comunidad fraterna, se sustituyó en algunos sectores de la población por “odio” hacia aquellos que no cumplían las reglas.³³

³³ Véase Chadwick (2020). Acerca de la construcción discursiva de la solidaridad que

De esta manera, se puso en funcionamiento un ciclo que iba del miedo y la desconfianza, al cuidado y afecto, y de ahí a la opresión y el odio. Los vínculos comunitarios de ayuda y preocupación mutua, creados para superar una situación de vulnerabilidad compartida, estuvieron también en la base del establecimiento de relaciones sociales de vigilancia y antagonismo que erosionan los fundamentos de la comunidad. De manera análoga, las formas mediante las cuales el Estado cuidaba a los ciudadanos se transformaron rápidamente en algunos lugares en autoritarismo. Los riesgos inherentes a los proyectos de construcción de comunidad son bien conocidos a través de episodios históricos en los que la fraternidad se utilizó para justificar opresiones brutales y terror. De manera menos extrema, la solidaridad se ha asociado con la coerción, la unidad forzada, la vigilancia social y las presiones para someterse a las normas (Crow, 2010, pp. 56-57). Junto con el reconocimiento de que tenemos una responsabilidad, para que la solidaridad se establezca de forma no excepcional, de generar una comunidad fraternal y un Estado capaz de sostenerla, la pandemia también nos permite vislumbrar la medida en la cual es también nuestra responsabilidad tener una actitud crítica hacia la manera en la que los ciudadanos y el Estado llevan a cabo el proyecto comunitario y oponernos vigorosamente a formas de opresión, civil y estatal que distorsionan y, en último término, destruyen la posibilidad de construir una genuina comunidad fraternal.

CONCLUSIONES

En la pandemia hemos sido testigos de excepcionales experiencias solidarias que parecen estar ausentes, sin embargo, en condiciones de normalidad. Es necesario, según he sostenido en este trabajo, superar una visión de la solidaridad ligada a momentos de crisis y construir una comunidad que esté caracterizada de un modo regular por prácticas solidarias. Esta transición requiere construir, de una manera crítica, una genuina comunidad fraternal en la que los

lleva excluir a aquellos que no cumplen las reglas, véase Berrocal et al. (2021).

ciudadanos se reconozcan como iguales, estén ligados por vínculos de afecto y cuidado mutuo y tengan una disposición a ayudarse recíprocamente. Dos vías, entrelazadas, son esenciales, según he argumentado, para lograr establecer tal comunidad: la educación de ciudadanos y servidores públicos orientada al cultivo de ciertas orientaciones cognitivas y emocionales virtuosas, y el establecimiento de instituciones fuertes tanto a nivel estatal como supraestatal que puedan asegurar la estabilidad de las prácticas solidarias en el tiempo. El proyecto de construir una genuina comunidad fraternal es, sin duda, un proyecto social transformador, de largo alcance. Pero estamos en tiempos de profunda convulsión. Como ha sostenido Rebecca Spang, las crisis, como la que estamos viviendo, son momentos de gran creatividad que ofrecen oportunidades privilegiadas para reimaginar nuestro mundo social (Spang, 2020). Ojalá que esta pandemia, que tanto se ha llevado, nos haya dejado la conciencia de que una sociedad distinta —mejor— que la que tenemos es necesaria y posible y nos invite a imaginar formas en las que podemos llegar a construirla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, M. X. (1994). Fraternidad (Un concepto político a debate). *Revista Internacional de Filosofía Política*, (3), 143-166.
- Amaya, A. (2016). La relevancia de la fraternidad. En S. Leroux (Ed.), *Las formas de la fraternidad* (pp. 21-38). Coyoacán.
- Amaya, A. (2017). La virtud de la humildad judicial. En A. Amaya, M. Del Mar, P. H. Haddad Bernat, G. Lariguet, J. R. Narvárez Hernández y L. Samané, *Emociones y virtudes en la argumentación jurídica*, (pp. 7-35). Tirant Lo Blanch.
- Amaya, A. (2021). The exceptionality of solidarity. *The Netherlands Journal of Legal Philosophy*, 50(2), 251-262.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. y Wahl H.-W. (2021). Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding geism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology*, 76(2), e49-e52.

- Bauhr, M. y Charron N. (2021). Stand together or alone? Public support for European economic solidarity during the COVID-19 pandemic. *European Societies*, 23(4), 533-561.
- Berkhout, E., Galasso, N., Lawson, M., Rivero Morales, P. A., Taneja, A. y Vázquez-Pimentel, D. A. (2021). *The inequality virus: bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy*. Oxfam. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-summ-250121-en.pdf>
- Berrocal, M., Kranert, Attolino, M. P., Bonatti-Santos, J. A., García-Santamaría, S., Henaku, N., Lezou-Koffi, A. D., Marziani, C Mažeikienė, Pérez, D. O., Rajandran, K. y Salamurović, A. (2021). Constructing collective identities and solidarity in premiers' early speeches on COVID-19: a global perspective. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 128.
- Brown, G. (2021). *The world is making billions of COVID vaccine doses, so why is Africa not getting them?* The Guardian. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/aug/16/world-billions-covid-vaccine-doses-africa-unprotected>
- Brownlee, K. (2015). "What's virtuous about the law?" *Legal Theory*, 21(1) 1-17.
- Brunkhorst, H. (2005). *Solidarity. From civic friendship to a global legal community*. MIT.
- Cassidy, C. (2021). *Shepparton couple donating up to 500 free meals a day amid COVID outbreak*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/aug/31/shepparton-couple-donating-up-to-500-free-meals-a-day-amid-covid-outbreak>
- Chadwick, R. (2020). COVID-19 and the possibility of solidarity. *Bioethick*, 34(7), 637-637.
- Curtin, M., Rendall, J., Roy M. y Teasdale, S. (2021). Solidarity in a time of crisis: the role of mutual aid to the COVID-19 pandemic. https://www.gcu.ac.uk/media/gcalwebv2/ycsbh/yunuscentre/newycwebsite/The-role-of-mutual-aid-COVID-19_YunusCentreReport.pdf
- Ciornei, I. y Ross, M. G. (2021). Solidarity in Europe: from crisis to policy? *Acta Política*, 56(2), 209-219.
- Crow, G. (2010). Social solidarities. *Sociology Compass*, 4(1), 52-60.

- Derpmann, S. (2021). The solidum in solidarity. *On Education. Journal for Research and Debate*, 4(10), 3-28.
- Dillinger, L. (2021). The empty demand for solidarity. *On Education. Journal for Research and Debate*, 4(10), 1-5.
- Frost, R. (2021). Solidarity: concept, conceptions, and contexts. *Normative Orders Working Paper* 02/2021.
- Gostin, L. O., Moon, S. y Meier, B. M. (2020). Reimagining global health governance in the age of COVID-19. *American Journal of Public Health*, 110(11), 1615-1619.
- Hursthouse, R. (1999). *On Virtue Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kourachanis, N., Lalioti, V. y Venieris, D. (2019). Social policies and solidarity during the greek crisis. *Social Policy and Administration*, 53(5), 678-692.
- Kristjánsson, K. (2018). *Virtuous emotions*. Oxford University Press.
- Kumar, A. (2020). Reading Ambedkar in the time of COVID-19. *Economic and Political Weekly*, 55(16), 34-37.
- Lahusen, C, Zschache, U. y Kousis, M. (Eds.). (2021). *Transnational solidarity in times of crisis: citizen organisations and collective learning in europe*. Palgrave MacMillan.
- Lavelock, C. R., Worthington, E. L. J., Davis, D. E., Griffin, B. J., Reid, C. A., Hook, J. N. y Van Tongeren, D. R. (2014). The quiet virtue speaks: an intervention to promote humility. *Journal of Psychology and Theology*, 42(1), 99-110.
- Libal, K. y Kashwan, P. (2020). Solidarity in times of crisis. *Journal of Human Rights*, 19(5), 537-546.
- Marzana, D., Novara, C., De Piccoli, N., Cardinali, P., Migliorini, L., Di Napoli, I., Guidi, E. Fedi, A., Rollero, C., Agueli, B., Esposito, C., Marta, E., González-Leone, F., Guazzini, A., Meringolo, P., Arcidiacono, C. y Procentese, F. (2022). Community dimensions and emotions in the era of COVID-19. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 32(3), 358-373.
- Meulen, R. T. y Houtepen, R. (2012). Solidarity. En Ruth Chadwick (Ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics* (pp. 198-205). Academic Press.
- Mishra, C. y Rath, N. (2020). Social solidarity during a pandemic: through and beyond Durkheimian lens. *Social Sciences and Humanities Open*, 2(1).

- Müller, J.-W. (2021). Did the pandemic draw us closer together - or pull us further apart? *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2021/aug/08/did-the-pandemic-draw-us-closer-together-or-pull-us-further-apart>
- Nolan, R. (2021). 'We are all in this together!' COVID-19 and the lie of solidarity. *Irish Journal of Sociology*, 29(1), 102-106.
- Prainsack, B. (2020). Solidarity in times of pandemics. *Democratic Theory*, 7(2), 124-133.
- Puyol, A. (2019). *Political fraternity: democracy beyond freedom and equality*. Routledge.
- Romero, G. (2020). Fraternidad en tiempo de COVID: ciudadano lleva regalos a pequeño bolero. *Excelsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/fraternidad-en-tiempo-de-covid-ciudadano-lleva-regalos-a-pequeno-bolero/1379909>
- Ross, M. (2021). Transnational solidarity: a transformative narrative for the EU and its citizens. *Acta Política*, 56(2), 220-241.
- Salmela, M. (2014). Collective emotions as 'the glue' of group solidarity. En A. Laitinen y A. B. Pessi (Eds.), *Solidarity: theory and practice* (pp. 55-87). Lexington Books.
- Sanderese, W. (2013). The meaning of role modelling in moral and character education. *Journal of Moral Education*, 42(1), 28-42.
- Schneider, S. H., Eger, J., Bruder, M., Faust, J. y Wieler L. H. (2021). Does the COVID-19 pandemic threaten global solidarity? Evidence from Germany. *World Development*, 140. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105356>
- Sherman, N. (1989). *The fabric of character: Aristotle's theory of virtue*. Clarendon Press.
- Spang, R. (2020). The revolution is under way already. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/04/revolution-only-getting-started/609463>
- Sreenivasan, G. (2020). *Virtue and emotion*. Princeton University Press.
- Stark, S. (2001). Virtue and Emotion. *Noûs*, 35(3), 440-455.
- Schwarzenbach, S. A. (2015). Fraternity, solidarity and civic friendship. *AMITY: The Journal of Friendship Studies*, 3(1), 3-18.

- Tava, F. (2021). Justice, emotions and solidarity. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 26(1), 39-55.
- Tomson, G., Causevic, S., Ottersen, O. P., Swartling Peterson, S., Rashid, S., Wanyenze, R. K. y Yamin, A. E. (2021). Solidarity and universal preparedness for health after COVID-19. *BMJ* 372, n59. <https://doi.org/10.1136/bmj.n59>
- West-Oram, P. (2021). Solidarity is for other people: identifying derelictions of solidarity in responses to COVID-19. *Journal of Medical Ethics*, 47(2), 65-68.
- Wilde, L. (2013). *Global solidarity*. Edinburgh University Press.
- Wildt, A. (1999). Solidarity: its history and contemporary definition. En Kurt Bayertz (Ed.), *Solidarity* (pp. 209-220). Springer.
- Wright, J. C., Nadelhoffer, T. Perini, T., Langville, A., Echols, M. y Venezia, K. (2017). The psychological significance of humility. *The Journal of Positive Psychology*, 12(1), 3-12.
- Zagzebski, L. (2017). *Exemplarist moral theory*. Oxford University Press.

La primera edición de *Salud mental, afectividad y resiliencia*, coordinada por María Elena Medina Mora y Olbeth Hansberg, editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se terminó de imprimir el 10 de junio de 2023 en los talleres de Litográfica Ingramex, s. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, Iztapalapa, 09810, Ciudad de México. El tiraje consta de 300 ejemplares impresos en papel Holmen Book Cream de 55 g los interiores, y en cartulina sulfatada de 14 puntos los forros; tipo de impresión: digital; encuadernación: rústica pegada. En la composición se utilizó la familia tipográfica Minion Pro de 8, 9 y 12 pt. Cuidado de la edición, corrección de originales y lectura de pruebas: Ada Villanueva Ramírez (Estudio Glifo); diseño tipográfico: Irma G. González Béjar; formación: Juan Carlos Cué Vidal (Estudio Glifo); diseño de la identidad visual de la colección: Fernando Garcés Poó; coordinación y gestión editorial de la colección: Yuritzi Arredondo Martínez. La coordinación editorial estuvo a cargo del Departamento de Publicaciones y Comunicación de las Ciencias y las Humanidades del CRIM-UNAM.

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