



SALME 14

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | Enero-abril 2021

Dossier
**COVID Y SALUD MENTAL:
IMPACTO Y ESTRATEGIAS
DE MANEJO**

**Estrategia de capacitación
en guía MHGAP al primer nivel
de atención en Jalisco 2021**

Sofía Martín
OBRA PLÁSTICA



Salud



LA LÍNEA COMPLETA EN
**TRASTORNO
BIPOLAR**

Carbolit[®]
Carbonato de litio

Estabilizando
al Trastorno Bipolar.

Criam[®]
Valproato de magnesio

Primera Línea
de tratamiento en
Trastorno Bipolar.

RAYA
Quetiapina

**El Antipsicótico que
ESTABILIZA EL AFECTO.**

*1ª Elección en Monoterapia en
Trastorno Bipolar Tipo I y II.*

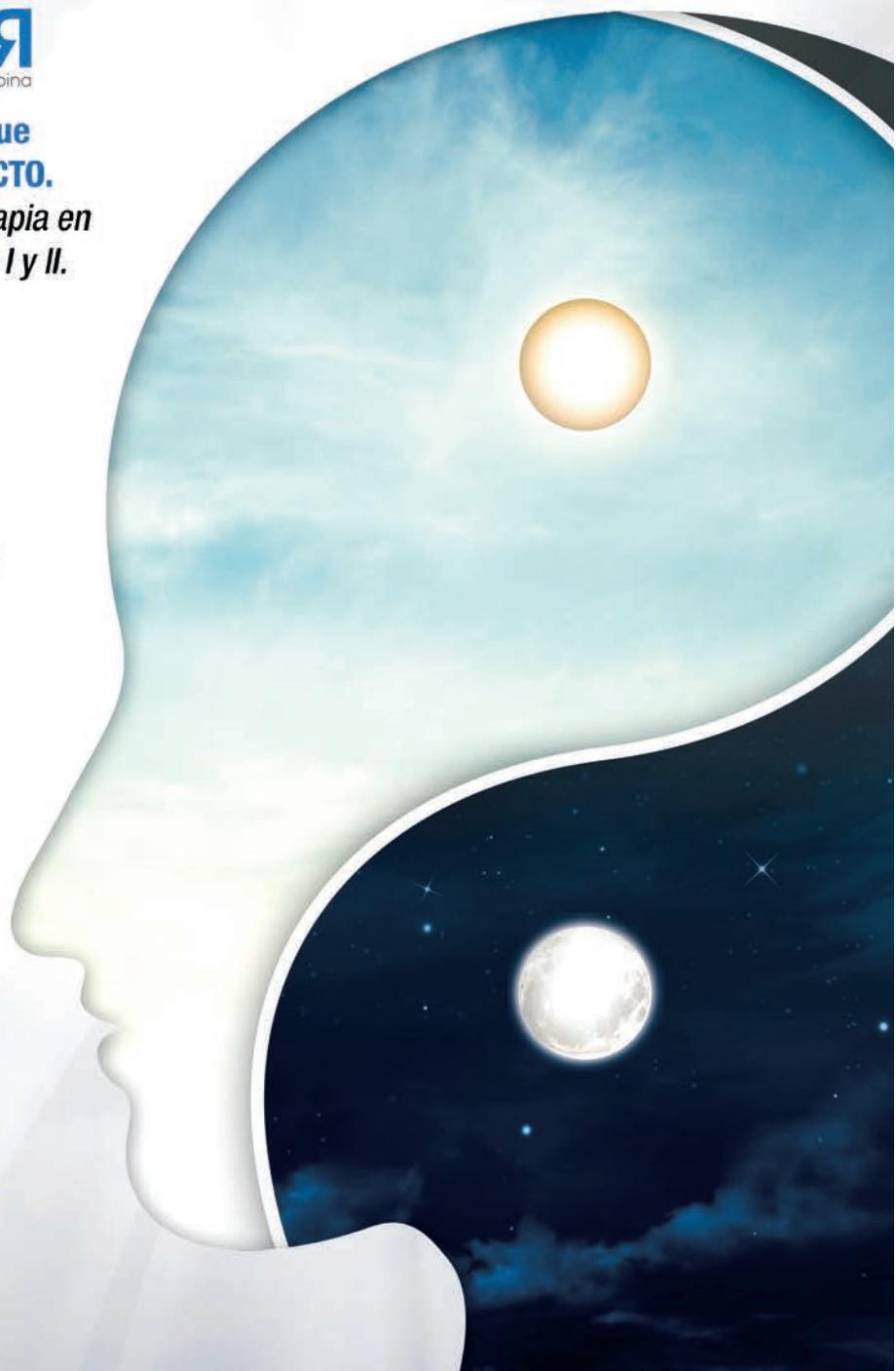
Trimolep
Lamotrigina

El **Estabilizador del Ánimo**
de primera línea.

Antredamin[®]
Aripiprazol

El **Estabilizador del Ánimo**
con un excelente perfil de
seguridad y tolerabilidad.

psicofarma[®]
El Laboratorio Mexicano
ESPECIALIZADO en SNC





EDITORIAL

El reto que ha representado la actual pandemia de COVID-19 ha sido uno de los más grandes que han enfrentado los sistemas de salud del mundo moderno. Aún antes de terminar, ya se deja ver el impacto que dejará en un sinnúmero de áreas de nuestra existencia. En términos sanitarios, uno de los más preocupantes es, sin duda alguna, el impacto psiquiátrico. Desde las probables implicaciones directas del virus en el sistema nervioso central hasta las repercusiones de las múltiples y dolorosas pérdidas que han resultado de este proceso tan desgastante para la gran mayoría, representan un enorme cúmulo de factores que tendrán un altísimo impacto en la salud mental de nuestra población. De ahí que el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) haya preparado un número especial que pretende ser útil para todo el personal sanitario de nuestro estado.

Si bien presentamos artículos donde se explican las repercusiones neuropsiquiátricas del virus SARS-CoV-2, así como de fenómenos como el síndrome de fatiga pandémica y la sobrexposición a las videollamadas, el principal objetivo es el de proporcionar herramientas efectivas para afrontar la situación actual y venidera. Recomendaciones pertinentes para ajustarnos a nuevos estilos de vida, hasta varias técnicas particulares, como la meditación, se explican con un gran sentido práctico. Además, se incluye en este número la estrategia del instituto para la ambiciosa tarea de capacitar a todo nuestro personal de primer nivel de atención en la aplicación de las guías mhGAP de la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, como ha sido obligado desde la aparición de la revista SALME, este número honra la grandeza de la plástica jalisciense contemporánea con un espectacular *dossier* de arte de la joven artista jalisciense Sofía Martín. Esperemos se cumplan las altas expectativas que tenemos para este trabajo. Ustedes tendrán siempre la última palabra.

Dr. Rafael Medina Dávalos

EDITOR

CONTENIDO

1 Editorial

- 3** Manifestaciones neuropsiquiátricas posteriores a infección por COVID-19
DRA. ANA CAROLINA FREGOSO GARCÍA
DR. JAIME CARMONA HUERTA
- 9** Fatiga pandémica: marco conceptual y estrategias de comunicación efectiva para reducción de su impacto
DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS
- 15** Enzoomismados: cómo las videollamadas afectan nuestras vidas
DRA. CARMEN AMEZCUA GUERRERO
- 19** Manejo del estrés en tiempos de COVID: una perspectiva conductual-contextual
MTRO. DANIEL CRUZ GÓMEZ
- 27** *Mindfulness*: herramienta de salud para afrontar la pandemia
DR. ALAN RICARDO RUBIO ZÚÑIGA
MTRA. LIZETTE ANAHY GUTIÉRREZ MALDONADO
- 39** El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud
DR. JAIME CARMONA HUERTA
DRA. SOL DURAND ARIAS
LIC. ALLEN AKCEL RODRÍGUEZ
-

- 47** Estrategia de capacitación en guía mhGAP al primer nivel de atención en Jalisco 2021
DR. JESÚS ALEJANDRO ALDANA LÓPEZ
-

Arte

- 57** **SOFÍA MARTÍN**
Confinamiento conmigo misma



Jalisco

GOBIERNO DEL ESTADO

Enrique Alfaro Ramírez
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren
SECRETARIO DE SALUD

Dr. Gregorio Ramos Robles Gil
SECRETARIO PARTICULAR

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez
DIRECTORA GENERAL DE PREVENCIÓN
Y PROMOCIÓN A LA SALUD

Dr. Arturo Múzquiz Peña
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN
Y EVALUACIÓN SECTORIAL

Ana Lilia Mosqueda González
DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. María Abril Ortiz Gómez
DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
ESTUDIOS LEGISLATIVOS Y TRANSPARENCIA

Lic. María Teresa Brito Serrano
CONTRALORA GENERAL

Lic. Maricarmen Rello Velázquez
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL



SALME

Instituto Jalisciense
de Salud Mental

DIRECTORIO DEL INSTITUTO
JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL (SALME)

Lic. Juan Ramón de la Cruz Torres
JEFE DEL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN

Mtra. Imelda Barajas Maldonado
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Lic. Fernando Pérez Núñez
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Jesús Alejandro Aldana López
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Rafael Medina Dávalos
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. J. Jesús Terrones
E.D.D. DIRECCIÓN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

Dr. Rafael Medina Dávalos
EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta
Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dr. Ana Victoria Chávez Sánchez
Dra. Blanca Elisa Real Peña
Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro

Manifestaciones neuropsiquiátricas posteriores a infección por COVID-19

Dra. Ana Carolina Fregoso García ¹
Dr. Jaime Carmona Huerta ^{1,2}

ANTECEDENTES

La propagación de infecciones en la magnitud de una epidemia o una pandemia no ha sido inusual a lo largo de la historia de la humanidad. Ejemplos paradigmáticos tales como la peste, la viruela, el cólera y la gripe española, han causado grandes estragos, cuantiosas pérdidas y un gran número de muertes (Levent, 2020).

La primera gran pandemia que se presentó en épocas de la Medicina moderna fue la denominada “gripe española”, causada por el virus de la influenza H1N1, la cual tuvo su clímax de 1918 a 1920. En el contexto de esta pandemia fue la primera vez en que se observaron y cuantificaron efectos a largo plazo posteriores a la infección. Dentro de estas manifestaciones, la encefalitis letárgica (EL), o enfermedad de Von Economo, se distribuyó en paralelo junto con la gripe española y se ha considerado por ello una manifestación pospandemia (Huremovic, 2019). La EL es un padecimiento neuropsiquiátrico en el cual ocurre una reacción autoinmunitaria anormal contra antígenos de los ganglios basales. Suele presentarse, como otras encefalitis autoinmunitarias mediadas por anticuerpos, posterior a una infección aguda causada por agentes virales o bacterianos (influenza, estreptococo). Ésta se manifiesta en una amplia gama de síntomas, siendo los más comunes los trastornos del sueño, parkinsonismo y alteraciones neuropsiquiátricas (Uribe, 2019). A las personas que sobrevivieron a este padecimiento se les encontró con secuelas neurológicas (parkinsonismo principalmente), así como alteraciones psiquiátricas (nerviosismo, dificultad en la concentración y un síndrome difícil de distinguir de la esquizofrenia). Además, la aparición de las secuelas tuvo un intervalo variable, de meses a años, e incluso décadas (Arrazola-Cortés, 2014).

La otra gran pandemia de la “época posmoderna” es la ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH),

3

1 Instituto Jalisciense de Salud Mental.
2 Universidad de Guadalajara.

una infección de propagación y progresión lentas. Comenzó en los años ochenta en EUA, y es ahora particularmente alarmante en algunas regiones de África. Este virus ha atraído la atención de la salud mental debido a que tiene un efecto significativo en el tejido cerebral, pues afecta, por ejemplo, las funciones cognitivas, y lleva a complicaciones psiquiátricas (Huremovic, 2019). Sin embargo, gracias a su lenta progresión y a la atención que se le ha dado por parte de los organismos de salud pública, se ha avanzado formidablemente en su tratamiento y se puede considerar una condición crónica completamente manejable con medicación en la mayoría de los países del planeta.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha atraído el interés de los profesionales en la atención de la salud mental debido a que cada vez existen más reportes de una constante asociación en cuanto a las consecuencias directas e indirectas que surgen después de haber tenido una infección por este virus. Los profesionales en salud mental de todo el mundo debemos reconocer los síntomas psiquiátricos asociados, familiarizarnos con sus manifestaciones, así como con las estrategias, protocolos y abordajes necesarios para tratarlas de forma adecuada. Los orígenes moleculares, los procesos fisiopatológicos y las manifestaciones a modo de secuelas a corto, mediano y largo plazo de cada paciente aún están en proceso de ser descritos a profundidad, en el contexto de evidencia robusta y con el rigor metodológico suficiente como para considerarlos “verdades científicas” (Lopez-Leon *et al.*, 2021). Probablemente el impacto del COVID-19 y sus repercusiones a mediano y largo plazo se verán reflejados con mayor claridad

después de algunos años y posterior al surgimiento de más publicaciones. Sin embargo, el reconocimiento, manejo y seguimiento de las manifestaciones posinfección es una tarea obligatoria en la actualidad y que requiere para su atención no sólo de médicos psiquiatras, sino de todos los profesionales de salud dentro de un sistema multidisciplinar bien coordinado (Rajkumar, 2020).

Es por ello que el propósito de este trabajo es dar a conocer las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes o las que con mayor frecuencia se han reportado y que han sido atribuidas, a modo de secuelas, a la infección por COVID-19.

METODOLOGÍA

En esta revisión se utilizaron los buscadores científicos MEDLINE, EMBASE y Web of Science. Los artículos seleccionados se consideraron pertinentes para esta revisión si resultaban acordes a los términos de búsqueda: “SARS-CoV-2”, “repercusiones”, “repercusiones psiquiátricas” y “repercusiones neuropsiquiátricas”. Se identificaron opciones específicas de artículos únicos de cada una de las búsquedas. Los criterios de inclusión fueron relevancia y disponibilidad de texto completo. Los criterios de exclusión estuvieron basados en la ausencia de relevancia para nuestra revisión y la no disponibilidad del texto completo.

MANIFESTACIONES POSCOVID

Diferentes autores han nombrado como “síntomas persistentes de COVID-19”, “manifestaciones posCOVID-19”, “efectos a largo plazo del COVID-19”, “COVID largo”, “COVID-19 postagudo” o “síndrome posCOVID-19” a los signos, síntomas o parámetros normales que persisten durante tres o más semanas posteriores al

inicio de la infección por COVID-19, y donde no se identifica un retorno al estado de salud basal (Lopez-Leon *et al.*, 2021).

A pesar de lo que se conoce ahora acerca de la presentación del COVID-19 en fases tempranas, poco se sabe de la duración, manifestaciones clínicas, desarrollo y factores de riesgo para las secuelas que el virus pueda dejar a su paso. A esto frecuentemente se le ha denominado “COVID largo”. En la actualidad no existe ninguna definición internacionalmente reconocida para el COVID largo o COVID a largo plazo; sin embargo, es aceptada una franja de tiempo para diferenciarlo de las manifestaciones agudas, y son 28 días. En esta etapa existe cierta incertidumbre acerca de qué síntomas se deben a la infección aguda por COVID-19, que permanecen más allá de un mes, y cuáles son de COVID a largo plazo (Mendelson *et al.*, 2021).

Aún no se ha identificado si el sexo, género, edad, etnia, otras comorbilidades, carga viral o la progresión del COVID-19 son un riesgo para desarrollar estos síntomas a largo plazo (Lopez-Leon *et al.*, 2021). La fatiga y las cefaleas fueron básicamente universales en las personas identificadas con los síntomas de COVID a largo plazo; además, se cree que es más frecuente que ocurra en las mujeres, personas ancianas y personas con obesidad. Sin embargo, lo que determina quién lo va a desarrollar y quién no, permanece sin conocerse. La mejor aproximación hasta el momento es que cerca del 10% de quienes presenten síntomas de infección aguda por SARS-CoV-2, podría presentar COVID a largo plazo, poniendo en juego implicaciones importantes en materia de salud pública dentro de la población (Mendelson *et al.*, 2021).

Se han reportado casos en los que los pacientes con COVID-19 nunca desarrollaron síntomas del sistema respiratorio. No obstante, se han

visto afectados otros órganos, como corazón, tracto gastrointestinal y el sistema nervioso (SNC), hasta un 36.4%, presentando síntomas como náuseas, vómitos, ataxia, confusión, cefalea, EVC y convulsiones. Se cree que esta afectación al SNC se da en individuos susceptibles y que puede contribuir a la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

MANIFESTACIONES POSCOVID NEUROPSIQUIÁTRICAS

El mecanismo exacto por el cual se ve implicado el SNC sigue siendo desconocido, pero podría intervenir la entrada por el bulbo olfatorio (Butt *et al.*, 2020).

Los pacientes pueden experimentar diversos síntomas con COVID a largo plazo. Algunos de ellos son similares a la infección aguda por éste y pueden no estar limitados al sistema respiratorio. Ejemplos de esto son: mialgias, fatiga, debilidad, febrícula, tos, disnea, dolor en pecho, cefaleas, neblina mental, rash vesicular o maculopapular, enfermedad tromboembólica y condiciones de salud mental como los trastornos del estado de ánimo. Éstos pueden ser tanto continuos como intermitentes (Mendelson *et al.*, 2021).

Un estudio reciente demostró que a pesar de que las personas cursaban con sintomatología leve, el haber estado positivo a la infección por SARS-CoV-2 tuvo consecuencias en la cognición. Hubo mayor disfunción cognitiva en aquellas personas que requirieron ventilación mecánica, aunque, en aquellas que fueron aisladas y tratadas en casa también se encontró disfunción cognitiva. Se debe aclarar que la duración exacta de este efecto aún está por determinarse (Mendelson *et al.*, 2021).

Hasta el 36.4% de los pacientes que cursan con COVID-19 puede presentar manifestaciones neurológicas, y esto

se asocia a un empeoramiento de la enfermedad y, por lo tanto, a un peor pronóstico. La pandemia ha generado problemas psiquiátricos y psicológicos como angustia, ansiedad, depresión e insomnio. En una evaluación realizada a 89 pacientes que dieron positivo, hasta el 35% presentó síntomas psiquiátricos leves y el 13% síntomas moderados a severos (Li Hao *et al.*, 2020).

Los pacientes severamente afectados son más propensos a desarrollar síntomas neurológicos que aquellos con síntomas moderados o leves. Sin embargo, en marzo del 2020 se reportó por primera vez un caso de encefalitis viral, que atacó al SNC, causada por SARS-CoV-2. En la actualidad, existen datos que revelan que algunos pacientes muestran síntomas similares a infecciones intracraneales, como cefalea, crisis convulsivas y alteraciones en el nivel de consciencia (Wu Yeshun, 2020).

En reportes de casos recientes, los síntomas neurológicos han sido los más comunes después de los respiratorios, caracterizados por cefalea, náusea, vómitos, mareos, mialgias y fatiga; la anosmia, las alteraciones del gusto y evento vascular cerebral son posiblemente parte de los síntomas neurológicos. Una de las complicaciones neurológicas asociadas es el infarto y/o hemorragia cerebral. A pesar de esto, se requieren más estudios para una mejor comprensión del tratamiento y la prevención de las complicaciones cerebrovasculares del COVID-19 (Zhou *et al.*, 2020).

En una revisión sistemática realizada en pacientes con edades comprendidas entre los 17 y 87 años, se estimó que el 80% de los participantes desarrolló uno o más efectos a largo plazo por COVID-19. Los cinco síntomas más comunes fueron la fatiga en un 58%, cefalea en un 44%, trastornos en la atención en un 27%, pérdida de cabello en un 25% y disnea

en un 24%. En esta revisión sistemática se identificaron 55 efectos a largo plazo asociados a la infección por COVID-19, la mayoría de ellos relacionados con fatiga, cefalea, dolor articular, anosmia y ageusia, infartos, EVC y diabetes, así como parámetros de laboratorio y gabinete alterados. Los síntomas neurológicos más comunes fueron demencia, depresión, ansiedad, trastornos en la atención y trastorno obsesivo-compulsivo (Lopez-Leon *et al.*, 2021).

También se realizó un estudio de seguimiento de seis meses posterior al alta de los paciente, donde se encontró que aquellos que habían cursado la enfermedad con mayor severidad, presentaban al menos un síntoma a largo plazo, particularmente fatiga, debilidad muscular, alopecia (más frecuente en mujeres), trastornos del sueño, ansiedad o depresión. Se considera que las consecuencias en el ámbito psiquiátrico podrían ser multifactoriales, incluyendo efectos directos de la infección viral, respuesta inmunológica, terapia con corticoesteroides, estancia en la UCI, aislamiento social y estigma (Huang *et al.*, 2021).

Los trastornos del sueño se relacionan estrechamente con otros como la ansiedad, depresión y conducta suicida, por lo que representan un factor de riesgo independiente para la ideación, intentos y muerte por suicidio. De esta manera, es de vital importancia el tratamiento de los trastornos del sueño, ya que a su vez se reducen otros síntomas psiquiátricos, sobre todo en estas épocas de pandemia (Sher *et al.*, 2020).

Se reporta en varios estudios que los síntomas posteriores a la infección se asemejan a los encontrados en el síndrome de fatiga crónica, los cuales incluyen la presencia de fatiga severa e incapacitante, dolor, alteraciones neurocognitivas, trastornos de sueño,

síntomas sugestivos de disfunción autonómica y un empeoramiento de los síntomas generales tras pequeños aumentos de la actividad física o cognitiva (Lopez-Leon *et al.*, 2021).

Algunos síntomas neuropsiquiátricos han sido reportados: las cefaleas en un 44%, los trastornos en la atención en un 27%, la anosmia en un 21%, entre otros como neuropatías y “niebla cerebral”. Su etiología se considera compleja y multifactorial, ya que puede estar relacionada directamente a la infección, a enfermedad cerebrovascular, hipoxia, efectos adversos de medicamentos y a aspectos sociales (Lopez-Leon *et al.*, 2021).

DISCUSIÓN

Se requieren estudios a largo plazo para verificar los síntomas persistentes, la función pulmonar y física, y los problemas psicológicos y psiquiátricos que se generan al alta de un paciente posterior a la infección por SARS-CoV-2. Se cuenta con algunos estudios de seguimiento a seis meses, donde han persistido síntomas como fatiga, disnea, función pulmonar dañada e imágenes anormales de tórax; sin embargo, las consecuencias a largo plazo permanecen poco claras (Huang *et al.*, 2021). Para un mejor entendimiento de la enfermedad y sus posibles efectos a largo plazo, se debería contar con estudios futuros estratificados por edad, sexo, comorbilidades previas y la severidad de la infección por SARS-CoV-2 (desde asintomático hasta severo), así como la duración de cada uno de los síntomas presentados (Lopez-Leon *et al.*, 2021).

La fatiga, la debilidad muscular y los trastornos del sueño son los síntomas principales que permanecen hasta seis meses después de la recuperación de algunos pacientes de COVID-19. Sin embargo, se requieren estudios a más

largo plazo y con mayor población para comprender todo el espectro de consecuencias a la salud que deja la infección (Huang *et al.*, 2021).

La reducción del estrés es un componente importante en la recuperación y rehabilitación del paciente en la infección aguda por SARS-CoV-2 y COVID largo. Involucrar a profesionales de la salud mental en la rehabilitación de los pacientes podría ser necesario para aquellos que no puedan ser manejados en la atención primaria (Mendelson *et al.*, 2021). De los datos disponibles se puede concluir que la infección por SARS-CoV-2 está relacionada con trastornos que afectan al SNC, como encefalitis, enfermedades cerebrovasculares, alteraciones en la consciencia, ansiedad y depresión. No olvidar que esto es un indicador de peor pronóstico para el paciente. La prevención, identificación y tratamiento adecuado de estos síntomas pueden ser cruciales para la recuperación del paciente (Li Hao *et al.*, 2020).

CONCLUSIONES

Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comúnmente reportadas son las relacionadas con trastornos del sueño, depresión y ansiedad. En tanto más severa fue la infección por COVID-19, mayor es la probabilidad de presentarlas. No obstante, existen casos en donde la infección fue leve o incluso asintomática y aun así se presentaron dichas secuelas.

Algunas otras repercusiones, tales como encefalitis, fallas cognitivas o los eventos vasculares cerebrales reportados, han sido relacionadas a infecciones previas al COVID-19; sin embargo, aun queda mucho camino por esclarecer sus orígenes y determinar si dichas asociaciones pueden ser trasladadas al territorio de las causalidades.

REFERENCIAS

1. **ARRAZOLA-CORTÉS, E., SAURI-SUÁREZ, S., GONZÁLEZ-BUSTAMANTE, D., MEZA-DÁVALOS, E., HERNÁNDEZ-CERVANTES, J. y VARELA-BLANCO, J. (2014).** Encefalitis letárgica: ¿enfermedad o síndrome? Actualidades en la etiopatogenia de la enfermedad de Von Economo. *Med Int Méx*, Vol. 30, (1), 73 - 87.
2. **BADRFAM, R. y ZANDIFAR, A. (2020).** From Encephalitis Lethargica to COVID-19: Is there another epidemic ahead?. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, Vol. 196, 1-2.
3. **BERNARD FOLEY, P. (2009).** Encephalitis lethargica and the influenza virus. II. The influenza pandemic of 1918/19 and encephalitis lethargica: epidemiology and symptoms. *J Neural Transm*, Vol. 116, 1295-1308.
4. **BUTT, I., SAWLANI, V. y GEBERHIWOT, T. (2020).** Prolonged confusional state as first manifestation of COVID-19. *ANNALS of Clinical and Translational Neurology*, Vol. 7 (8), 1450-1452.
5. **DEL RÍO, C. y HERNANDEZ-AVILA, M. (2009).** Lessons from Previous Influenza Pandemics and from the Mexican Response to the Current Influenza Pandemic. *Archives of Medical Research*, Vol. 40, 677 - 680.
6. **HUANG, CH., HUANG, L., WANG, Y., LI, X., GU, X., KANG, L., GUO, L., LIU, M., ZHOU, X., LUO, J., HUANG, Z., TU, S., ZHAO, Y., CHEN, L., XU, D., LI, Y., LI, C., PENG, L., LI, Y., XIE, W., CUI, D., SHANG, L., FAN, G., XU, J., WANG, G., WANG, Y., ZHONG, J., WANG, CH., WANG, J., ZHANG, D. y CAO, B. (2021).** 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, Vol. 397, 220-232.
7. **HUREMOVIC, D. (2019A).** *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. USA: Springer.
8. **LEVENT, A. y MUSTAFA, G. (2020).** Understanding dynamics of pandemics. *Turkish Journal of Medical Sciences*, Vol. 50, 515-519.
9. **LI, H., XUE, Q. y XU, X. (2020).** Involvement of the Nervous System in SARS-CoV-2 Infection. *Neurotoxicity Research*, Vol. 38, 1-7.
10. **LOPEZ-LEON, S., WEGMAN-OSTROSKY, T., PERELMAN, C., SEPULVEDA, R., REBOLLEDO, P. A., CUAPIO, A. y VILLAPOL, S. (2021).** More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv. The preprint server for health sciences*, 2021.01.27.21250617.
11. **MENDELSON, M., NEL, J., BLUMBERG, L., MADHI, S., DRYDEN, M., STEVENS, W. y VENTER, F. (2021).** Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. *SAMJ*, Vol. 111 (1), 10-12.
12. **RAJKUMAR, R. (2020).** COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 52, 1 - 5.
13. **SHER, L. y PETERS, J. (2020).** COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Medicine*, Vol. 124, 1.
14. **SHORTER, E. (2021).** The first psychiatric pandemic: Encephalitis lethargica, 1917-27. *Medical hypotheses*, Vol. 146, 110420.
15. **URIBE, C.S., González, A.L. y GONZÁLEZ, P. (2019).** La encefalitis letárgica de von Economo y la pandemia de la gripe española en Bogotá y Medellín: reseña histórica cien años después. *Biomédica*, Vol. 39, 8-16.
16. **WU, Y., XU, X., CHEN, Z., DUAN, J., HASHIMOTO, K., YANG, L., LIU, C. y YANG, CH. (2020).** Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain, Behavior, and Immunity*, Vol. 87, 18-22.
17. **ZHOU, Y., LU, J., CHENG, Y. y XIN, N. (2020).** Nervous system complications of COVID-19 with a focus on stroke. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, Vol. 24, 13044-13048.

Fatiga pandémica: marco conceptual y estrategias de comunicación efectiva para reducción de su impacto

Dr. Rafael Medina Dávalos •

Después de la epidemia de la llamada gripe española hace un siglo, la humanidad no había experimentado un acontecimiento epidemiológico de la envergadura de la pandemia de COVID-19 que vivimos en la actualidad, al grado de que lo vivido en 2009 con el virus H1N1 sólo fue una modesta señal de lo que vendría una década después. A más de un año de declararse de manera oficial la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las repercusiones sanitarias, económicas y sociales parecen multiplicarse y hacerse cada vez más profundas. El prolongado y recurrente confinamiento de una parte significativa de la población mundial ha trastocado de manera importante la cotidianidad tal como era conocida antes del fenómeno sanitario. En una época de sobreexposición informativa y de restricciones inéditas en la movilización social, era muy alto el riesgo de generar un desgaste personal significativo. Una de las evidencias del alto impacto fue la necesidad de elaborar el concepto de *fatiga pandémica*, planteado de manera oficial apenas en noviembre de 2020 por la misma OMS.

La oficina regional de la OMS en Europa publicó un documento seminal titulado *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19* donde, además de dar un marco conceptual al nuevo término, da un marco de actuación a los estados integrantes para que se desarrollen e implementen políticas y así dar respuesta a los ciudadanos frente al fenómeno extendido de la fatiga pandémica. Este documento define a la fatiga pandémica como

... una reacción de agotamiento frente a una adversidad mantenida y no resuelta, que puede conducir a la complacencia, la alienación y la desesperanza, que aparece de manera gradual en el tiempo y cuya manifestación es un número creciente de personas que no siguen o no aceptan las recomendaciones y restricciones y/o cuyo

esfuerzo por mantenerse informadas sobre la pandemia disminuye. La fatiga pandémica está afectada por diversas emociones, experiencias y percepciones, así como por el contexto social, cultural, estructural y legislativo. (OMS, 2020).

Ante la amplitud y vivo detalle descriptivo, no es de sorprender que el equipo de trabajo calcule que por lo menos dos terceras partes de la población europea sufra de algún grado de este tipo de desgaste. Como bien señala el Dr. Arnoldo Kraus en una publicación reciente, aunque no tengamos cifras en poblaciones latinoamericanas, es fácil suponer que las condiciones sociales y económicas más desfavorables pueden prever cifras de desgaste mucho más altas. En especial la pobreza, la violencia y la corrupción son factores de alto impacto que no hacen difícil predecir los altos niveles de fatiga pandémica que pudieran existir en nuestros países, razón más que significativa para tener en cuenta el documento europeo para el diseño de políticas públicas que se puedan implementar con el mismo espíritu, pero en México. El documento OMS-Europa desarrolla, en la propuesta de cuatro estrategias clave, cinco principios transversales para mantener el apoyo de la población, y 10 propuestas de acción específicas, anteponiendo las estrategias de comunicación como prioritarias y especialmente estratégicas.

Las cuatro estrategias clave, con sus elementos altamente especificados, son las siguientes:

1. Entender a las personas.
 - Identificar grupos prioritarios.
 - Entender sus motivaciones y barreras.
 - Aplicar a la acción lo que aprendemos.
 2. Participación de las personas.
 - Preguntar a la sociedad civil y aprender de ella.
 - Preguntar a los usuarios de los distintos entornos (laboral, educativo, etcétera) cómo implementarían las medidas.
 - Incluir voces de confianza en los mensajes sobre salud.
 - Buscar formas creativas de dar mensajes sobre salud.
 3. Permitir a las personas vivir sus vidas, pero reduciendo el riesgo.
 - Enfoque de reducción de daños.
 - Ayudar a las personas a diferenciar entre actividades de riesgo alto o bajo.
 - Hacer recomendaciones de cómo seguir con la vida, pero reduciendo el riesgo de transmisión.
 - Comenzar la preparación de cara a las navidades (y planificar otras celebraciones que pueda haber en el año).
 - Considerar si los eventos culturales tienen que cancelarse o pueden ser llevados a cabo de modo seguro.
 - Cambiar el “no lo hagas” por “hazlo diferente”.
 - Evitar la culpa y el juicio a conductas de riesgo.
 4. Reconocer y abordar las dificultades que las personas están experimentando.
 - Identificar y abordar barreras.
- Probar nuevas formas de comunicar.
 - Informar de las necesidades del Gobierno en materia de investigación a la comunidad investigadora.

- Plantearse cómo es que las conductas protectoras pueden hacerse lo más baratas y que requieran el menor esfuerzo posible.
- Reconocer las dificultades, el miedo, la soledad: empatía, esperanza y comprensión por encima de castigo, culpa o vergüenza.
- Explorar qué tan difícil es cumplir las restricciones y si las restricciones difíciles de cumplir pueden equilibrarse con otras medidas que alivien el impacto negativo.
- Evitar la dicotomía salud-economía.

Al analizar las estrategias clave y revisar tanto los principios transversales y propuestas de acción (tabla 1 y 2), se podrá constatar no sólo su alta pertinencia, sino también la gran factibilidad de aplicar dicho marco de acción para mitigar la fatiga

pandémica en nuestra propia población. Además, se puede contrastar lo realizado hasta hoy a nivel local como estrategia de comunicación con lo propuesto, y así identificar las principales áreas de mejora en nuestras estrategias para una situación que recién se ha declarado endémica. Si bien identificar los factores relacionados con la comunicación efectiva no es la única estrategia por realizar, sí resulta fundamental para garantizar la eficacia de las políticas públicas implementadas, o a implementar, para disminuir el impacto del COVID-19. Por lo anterior, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (2020) menciona que:

... la OMS ha abogado desde el principio por una comunicación **proactiva y bidireccional**, a fin de comprender las percepciones de riesgo, los comportamientos, las barreras existentes, las lagunas de conocimiento, así como la adaptación de la información a grupos y comunidades vulnerables.

Tabla 1. Principios transversales

1. Ser transparente, explicando los motivos de las restricciones, los cambios que haya y las limitaciones que existan.
2. Buscar el mayor nivel de equidad y posible en las restricciones y recomendaciones.
3. Ser tan coherente como sea posible.
4. Coordinarse para evitar mensajes contradictorios.
5. Buscar la predictibilidad en circunstancias impredecibles, por ejemplo, usando criterios objetivos para las restricciones.

Fuente: *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Versión revisada, noviembre de 2020.

Tabla 2. Propuesta de diez acciones concretas

1. Pensar de forma local, apoyándose en grupos de la sociedad civil.
2. Preguntar a las personas usuarias de los distintos entornos (laboral, educativo, etcétera) cómo implementarían las medidas.
3. Hacer recomendaciones de cómo seguir con la vida, pero reduciendo el riesgo de transmisión.
4. Comenzar con tiempo la preparación de las celebraciones nacionales que existan.
5. Analizar qué medidas puede ser complicado mantener a largo plazo, y adaptarlas o compensarlas con otras.
6. Hacer que las recomendaciones sean fáciles y lo más asequibles posible.
7. Reconocer la contribución de todas las personas y evitar la amenaza, el miedo y la culpa.
8. Actuar de manera clara, precisa y predecible.
9. Realizar estudios poblacionales cualitativos de forma periódica.
10. Adaptar los mensajes de comunicación a grupos específicos que estén experimentando desmotivación.

Fuente: *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Versión revisada, noviembre de 2020.

Por ello, más allá de la garantía del acceso a la información, que es fundamental, se han identificado otros factores que influyen de manera significativa en la adopción o no de las conductas idóneas ante la pandemia. El grupo español, a través de otro de los documentos indispensables, *Recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la fatiga pandémica* (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, 2020), propone que se tengan en cuenta los siguientes factores:

- La comprensión de las informaciones relativas a la pandemia.
- La confianza hacia las instituciones.
- La percepción de riesgos.
- Las normas sociales.
- El sentimiento de competencia y el papel del entorno.
- La resiliencia comunitaria.

En la tabla 3 se concentran los factores que permiten predecir un mayor nivel de confianza en la información. Éstos aparecen como anexo en el documento español, y son una adaptación de un documento previo de la Organización Mundial de la Salud. Pueden infundir una eficacia mucho más importante en la estrategia de comunicación de todos aquellos que lleven la responsabilidad de coordinar los esfuerzos para manejar la actual contingencia sanitaria. Con principios imprescindibles, como la escucha activa de la población, el apoyo de redes y recursos de la comunidad misma, el desarrollo de entornos y prácticas seguras que faciliten las actividades cotidianas, la procuración de recursos para la protección social y la claridad en mensajes sencillos y homogéneos basados en la evidencia científica, se amplía de manera relevante la posibilidad de un impacto negativo menor

Tabla 3. Factores que permiten predecir un mayor nivel de confianza

1. Reconocer, en los mensajes, elementos de incertidumbre.
 2. Mostrar transparencia y no ocultar información negativa.
 3. Difundir la información e intervenir con rapidez.
 4. Redactar los mensajes de modo que sean fácilmente comprensibles.
 5. Promover las aportaciones del público y fomentar el diálogo.
 6. Asegurar la debida coordinación entre las diferentes autoridades sanitarias y los medios de comunicación en áreas de la uniformidad de los mensajes.
 7. Evitar cambios abruptos en la información transmitida y que los diferentes organismos difundan información contradictoria
 8. Difundir la información a través de múltiples plataformas.
 9. Identificar, colaborar y hacer partícipes a personas que gozan de la confianza de la población para que ésta sienta como propio el proceso comunicativo.
-

Fuente: Recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la Fatiga Pandémica. Grupo de trabajo del Consejo de Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica. España, 2020.

de la epidemia y, por lo tanto, del desgaste ulterior que se convierte en un problema de gran calado: la fatiga pandémica.

Por todo lo expuesto, parece que hay mucho trabajo por hacer en nuestra región, empezando por una contribución original en el marco conceptual de este nuevo término de *fatiga pandémica*, el desarrollo de estrategias de medición apropiadas en la población mexicana y una obligada evaluación de la carga específica

de este fenómeno en nuestro país, para así elaborar un plan adecuado de políticas públicas para mitigarlo y resolverlo en la medida de lo posible. El ejemplo europeo y el enfoque español en estrategias comunicativas eficientes pueden ser un referente inicial para ir más allá de la reflexión y adicionar una colaboración necesaria ante esta enorme adversidad a la que estamos todos expuestos.

REFERENCIAS

1. **CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA. (2020).** *Recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la Fatiga Pandémica.* Grupo de trabajo del Consejo de Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica. España.
2. **OMS. (2008).** *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos.* Organización Mundial de la Salud.
3. **OMS. (2018).** *Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública. Directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias (CRE).* Organización Mundial de la Salud.
4. **OMS. (2020).** *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
5. **KRAUS, A. (2021).** Fatiga pandémica. *Revista Nexos*, marzo 2021. México.

Enzoomismados: cómo las videollamadas afectan nuestras vidas

Dra. Carmen Amezcua Guerrero •

La emergencia sanitaria por COVID-19 y las medidas de confinamiento social que empezaron a tomarse alrededor del mundo trajeron consigo un *boom* de videollamadas. Lo que al principio fue bien recibido en los trabajos, las familias, los grupos de amigos y las escuelas, e incluso celebrado con memes a través de las redes sociales, dejó de ser cómodo y placentero al transcurrir los meses de aislamiento que nos fueron saturando de reuniones en línea, *zoom meetings*, *zoompleaños*, *zoombabyshower*, en fin, *zoominteracciones* varias.

Si bien las videollamadas han permitido que muchas actividades cotidianas y esenciales, como trabajar, reunirnos con nuestros seres queridos o ir a la escuela, continúen con relativa normalidad en medio de la pandemia, la prolongada y muchas veces exacerbada exposición a estas reuniones virtuales está demostrando tener consecuencias negativas en nuestro cerebro y nuestra salud mental.

Un artículo publicado recientemente por investigadores de la Universidad de Stanford en *Technology, Mind and Behavior* (Bailenson, 2021), portal de la Asociación Americana de Psicología, subraya cuatro consecuencias del abuso de las videollamadas que contribuyen a lo que ahora empieza a conocerse como la “fatiga del Zoom”: la cantidad de contacto visual que mantenemos y el tamaño de los rostros en las pantallas no son naturales; vernos a nosotros mismos, de manera constante y en tiempo real, resulta agotador y estresante; las reuniones virtuales reducen drásticamente nuestra movilidad habitual, y la carga cognitiva es mucho mayor al tener que esforzarnos más para enviar e interpretar gestos y señales no verbales.

La fatiga del Zoom se amplía a otras herramientas como Google Meet, FaceTime, Skype, Jitsi, Cisco Webex o Microsoft Teams, cuyo uso se dinamitó junto al de Zoom desde el año pasado. De acuerdo al último reporte de

Microsoft Work Trend Index (Microsoft, 2021), tan sólo en su plataforma, las juntas virtuales se dispararon en un 148% y aumentaron su tiempo promedio de duración de 35 a más de 45 minutos.

Por su parte, un estudio de Microsoft Human Factor Labs (Spataro, 2020) encontró que los marcadores de ondas cerebrales asociados con el exceso de trabajo y estrés son significativamente más altos en las reuniones virtuales que en otras actividades como, por ejemplo, escribir correos electrónicos. Debido a los altos niveles de concentración sostenida, la fatiga comienza a partir de los 30 minutos en que inicia una reunión, y en días con muchas videollamadas, el estrés empieza aproximadamente a las dos horas de comenzar el día.

La fatiga del Zoom no sólo está impactando a las personas que hacen *home office*: los profesionales de la salud mental hemos visto cómo han ido aumentando los casos de *burnout* en niños y jóvenes que toman clases a distancia. Aún no sabemos qué consecuencias tendrá esto. Lamentablemente, en los últimos meses se han reportado incrementos alarmantes de estrés, depresión, ansiedad y suicidios en menores de edad (Mcclurg, 2020), deserción escolar, así como la pérdida de habilidades socioemocionales (como la empatía) que usualmente se adquieren en la escuela.

De igual manera, este padecimiento estaría afectando, de manera diferenciada, a personas con discapacidades intelectuales o de desarrollo. Por ejemplo, un reportaje publicado en abril de 2020 por National Geographic (Sklar, 2020) destaca que personas que padecen trastorno del espectro autista (TEA) podrían tener dificultades para comunicarse a través de videollamadas,

“ya que pueden acentuar los desencadenantes sensoriales, como los ruidos fuertes y las luces brillantes”.

La comunidad de pacientes con TEA no es la única claramente afectada; se requiere cercanía, estimulación constante, tocar, sentir, oler, ver, y todo esto ha sido imposible para millones de personas que sufren alguna discapacidad.

Algunos de los síntomas de la fatiga del Zoom, que afectan física y psicológicamente a las personas son: dificultad para concentrarse, agotamiento físico, aumento de la impaciencia y la irritabilidad, ansiedad al entrar o durante una videollamada, dolor de cabeza y migrañas, cansancio y sequedad ocular, dolor de espalda y en las extremidades, insomnio, dolor de estómago, entre otros. Como resultado de este cansancio, la productividad se puede ver afectada, así como la calidad y los resultados del trabajo o el estudio.

Para evitar este nuevo padecimiento que ha traído consigo el confinamiento, podemos adoptar algunas medidas en casa y en ambiente laboral: limitar el número de reuniones que tenemos al día, tratando de que no sobrepasen los 45 minutos de duración; hacer pausas entre cada videollamada de al menos 15 minutos para que nuestros cerebros descansen; sustituir los zooms por llamadas telefónicas; hacer una cosa a la vez, ya que el *multitask* puede agotarnos más rápido; apagar nuestra cámara periódicamente y caminar durante reuniones largas; usar gotas lubricantes para los ojos y descansar nuestra vista cada 20 minutos, adaptando la iluminación de nuestros dispositivos, y, sobre todo, evitar las “reuniones eternas que pudieron ser correos electrónicos”.

Buscar un equilibrio entre la vida laboral y personal también resulta esencial.

Esto nunca fue tan difícil como ahora, y marcar límites entre una cosa y otra se ha convertido en todo un desafío. Trabajar desde casa, aunque tiene sus ventajas, se ha transformado en un “trabajar todo el tiempo, en cualquier lugar”.

La desconexión se ha vuelto un privilegio que pocos logran completamente, lo que supone un reto para todos. Se recomienda tomar descansos regulares del trabajo y de los dispositivos cada dos horas para que nuestros cerebros “se refresquen”; no atender cuestiones laborales o tareas de la escuela en horas donde tendríamos que estar descansando; buscar un pasatiempo y espacios de ocio; mantener una dieta saludable; hacer ejercicio en la medida de lo posible, y evitar el uso excesivo de sustancias como tabaco, alcohol y otras psicoactivas.

Sostenía Byung-Chul Han (2021), filósofo y ensayista surcoreano, hace unos días en *El País*:

El virus SARS-CoV-2 sobrecarga nuestra sociedad del cansancio radicalizando sus distorsiones patológicas. Nos sume en un agotamiento colectivo y, por eso, se podría llamar también el virus del cansancio. Pero

el virus es asimismo una crisis en el sentido etimológico de *krisis*, que significa *punto de inflexión*.

Es muy probable que, cuando termine la pandemia, el trabajo presencial como lo conocíamos no regrese completamente: muchas personas, entre ellas Eric Yuan, el fundador de Zoom, estiman que un modelo híbrido comenzará a generalizarse y adoptarse en muchos países, entre ellos, México. Ante esta situación, será necesario adaptarnos y empezar a tomar medidas, tanto individuales como colectivas, que nos protejan de las consecuencias psíquicas de la excesiva virtualidad y la pandemia que aún no se alcanzan a dimensionar.

Tenemos que salir de nuestro “enzoomismamiento”. La fatiga del Zoom, junto a otros problemas que la emergencia sanitaria ha agravado como la desigualdad, la pobreza o la falta de acceso a la tecnología, es un llamado a revisar y replantear la forma en que estamos trabajando, estudiando y viviendo. Quizá, en esta revisión, encontremos alguna buena alternativa que, como dice Byung-Chul Han (2021), “nos haga inmunes al virus del cansancio”.

REFERENCIAS

1. **BAIENSON, J. N. (2021).** Nonverbal Overload: A Theoretical Argument for the Causes of Zoom Fatigue. *Technology, Mind, and Behavior*, 2(1). <https://doi.org/10.1037/tmb0000030>
2. **BYUN-CHUL, H. (2021).** Teletrabajo, "zoom" y depresión: El filósofo Byun-Chul Han dice que nos autoexplotamos más que nunca. *El País*. <https://elpais.com/ideas/2021-03-21/teletrabajo-zoom-y-depresion-el-filosofo-byung-chul-han-dice-que-nos-autoexplotamos-mas-que-nunca.html>
3. **MCCLURG, L. (2020).** Pandemic Takes Toll on Children's Mental Health. NPR. <https://www.npr.org/2020/11/28/938460892/pandemic-takes-toll-on-childrens-mental-health>
4. **MICROSOFT. (2021).** *The Next Great Disruption is Hybrid Work – Are we ready?* <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/hybrid-work>
5. **SKLAR, J. (2020).** La fatiga del zoom pasa factura al cerebro, ¿a qué se debe? *National Geographic*. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2020/04/fatiga-de-zoom-pasa-factura-cerebro-que-se-debe>
6. **SPATARO, J. (2020).** *The future of work – the good, the challenging & the unknown*. <https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-365/blog/2020/07/08/future-work-good-challenging-unknown/>

Manejo del estrés en tiempos de COVID: una perspectiva conductual-contextual

Mtro. Daniel Cruz Gómez •

PERSPECTIVA CONDUCTUAL-CONTEXTUAL SOBRE LA SALUD MENTAL

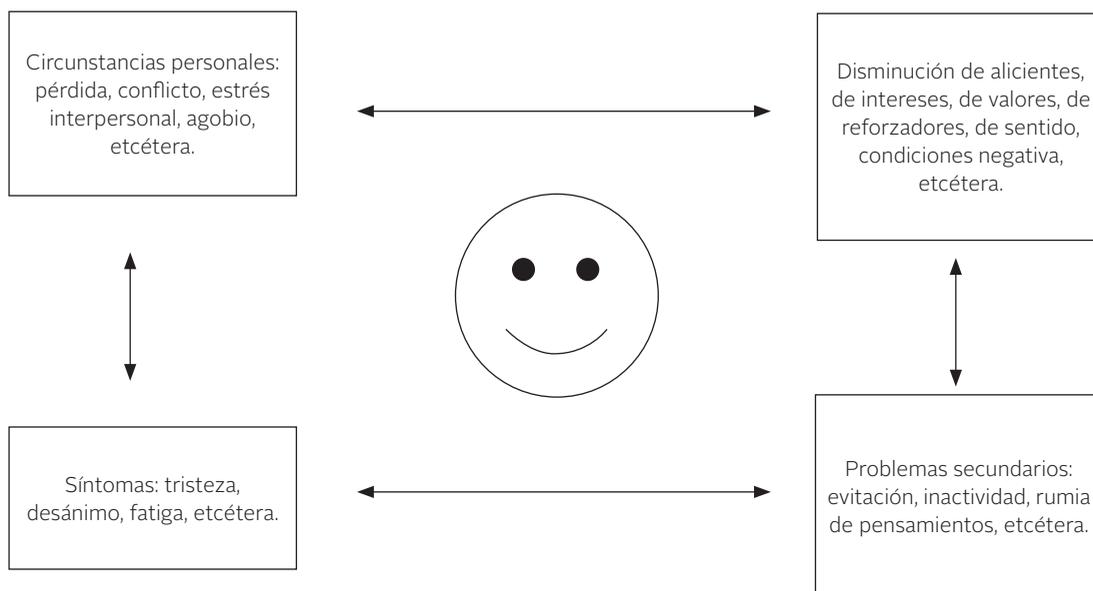
La terapia cognitivo-conductual ha ido evolucionando a lo largo del tiempo como cualquier otra ciencia conocida. Actualmente, se considera que estamos en la *tercera ola* de esta corriente terapéutica, donde se han retomado los trabajos de los autores de la terapia de conducta con la intención de realizar intervenciones y entender la problemática de los consultantes desde un conductismo radical (desde la raíz), un ambientalismo radical y el constructivismo, lo que ha dado lugar a las llamadas “terapias contextuales” o también llamadas “terapias conductuales-contextuales” (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Las principales terapias conductuales-contextuales son: la activación conductual (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993; Barraca, 2009).

La terapia de activación conductual (AC) es una de las que ayuda a entender más fácil cómo las terapias conductuales-contextuales conceptualizan la problemática del consultante y, por ende, lo que se tiene que hacer para darlo de alta.

La AC define a la depresión no como si uno tuviera dentro de sí mismo una condición patógena (un desequilibrio neuroquímico o un déficit en el funcionamiento psicológico), sino como una situación en la que uno está, una situación sin alicientes o, al menos, sin los que hasta ahora le eran importantes a la persona (Pérez Álvarez, 2007).

Esta situación depresiva puede deberse a varias circunstancias aunque a veces no sean fáciles de determinar. Para muchas personas, el comienzo de la depresión puede encontrarse en una pérdida (como el trabajo, una relación, la

Figura 1. Modelo contextual de la depresión (Pérez Álvarez, 2007)



muerte de un familiar, fracasar en una meta profesional o personal, etcétera.), mientras que para otras personas, su comienzo no es fácil de relacionar con alguna circunstancia o evento particular. Sin embargo, si lo anteriormente mencionado no llegara a pasar, aun así no quiere decir que no existan (Pérez Álvarez, 2007).

La AC atiende al principio según el cual las personas son susceptibles a la depresión por una variedad de factores, es decir, la depresión sería una forma posible de estar en el mundo, según las circunstancias. Por ello, es importante entender el contexto y la historia personal de cada uno de los pacientes, pues, aunque existan coincidencias entre uno y otro, nunca serán las mismas (Pérez Álvarez, 2007).

En la figura 1 se muestra, según el modelo contextual, cómo una persona está en una situación de depresión.

El comportamiento de cualquier individuo es funcional o disfuncional según cómo y dónde se presenta. Por ejemplo, un asesino serial suelto en una sociedad es un peligro inminente para todos, pero

esa misma persona, si la metes al ejército, se puede convertir en un patriota y un héroe de guerra. Otro ejemplo es el de año 2018: un contexto sin pandemia. Lavarse las manos de forma excesiva podría ser considerado patológico, pero dentro del contexto del 2019, con la pandemia del COVID-19, es una forma de prevención de la enfermedad.

Se puede entonces concluir que, al entender cómo el contexto influye en nuestro comportamiento y cómo nosotros influimos en nuestro contexto, podemos aplicar ciertas intervenciones que fomenten la salud mental.

¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

El estrés es una de las mayores quejas de las personas a lo largo de sus vidas, y dentro del área clínica es uno de los motivos de consulta más recurrentes. Frases como “estoy estresado”, “nada más es estrés”, entre otras, se suelen decir en la cotidianidad sin realmente saber lo que es. Para entender cómo abordar el tema en esta pandemia desde una perspectiva

conductual-contextual, también es importante comprender qué es realmente el estrés.

En 1930, el médico Hans Selye fue el primer profesional del área de la salud que utilizó la palabra/concepto *estrés* para explicar la reacción natural y necesaria que activa una serie de respuestas fisiológicas con el objetivo de protegernos de una amenaza interna y/o externa al organismo (Selye, 1946). Hablando en términos psicológicos, los autores Lazarus y Folkman definen estrés psicológico como “el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno” (Piña, Ybarra y Fierros, 2012).

Es decir, el estrés por sí mismo no es malo ya que es una forma de adaptación del cuerpo ante los peligros y demandas del contexto. Actualmente, se reconoce la existencia de dos tipos:

- 1. Eustrés:** es el tipo de estrés que se considera “bueno” o “sano”. Es respuesta ante el estímulo discriminativo de amenaza es una respuesta rápida y adaptativa donde aumenta la frecuencia cardíaca, el número de respiraciones por minuto, la tensión muscular, la sudoración periférica y disminuye la temperatura periférica del cuerpo. Al retirarse el estímulo discriminativo de amenaza, el estrés desaparece volviendo el organismo a un estado de homeostasis. Es decir, pasamos de una actividad simpática de activación a una actividad parasimpática de desactivación (Cruz Pérez, 2018).
- 2. Distrés:** es el tipo de estrés que se considera “malo” o “enfermizo”. Esta respuesta ante el estímulo discriminativo de amenaza es de una duración prolongada; cuando la demanda es tan intensa, los sistemas de restablecimiento no se dan abasto para mantener la homeostasis, el organismo no puede regresar a su estado original y el tiempo requerido para esto es tan prolongado que hay

fatiga y un daño orgánico. Cuando la persona se encuentra en distrés prolongado, el sistema inmune se ve afectado y es más fácil enfermarse (Cruz Pérez, 2018).

ESTRÉS EN TIEMPOS DE COVID

El COVID-19, es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Este virus, así como la enfermedad que provoca, era desconocido antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente, el COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo (OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) menciona:

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Las emergencias sanitarias pueden afectar la salud, la seguridad y el bienestar de las personas y causarles inseguridad, confusión y aislamiento socioemocional. Por otro lado, llegan también a generar pérdidas económicas, cierres de escuelas o de trabajos, entre muchos otros, así como condiciones psicopatológicas, comportamientos poco saludables y el uso excesivo de sustancias e incumplimiento de las directivas de salud pública (Pfefferbaum y North, 2020).

Estas situaciones pueden suscitar diferentes respuestas emocionales, tales como la angustia. Asimismo, el organismo se ve afectado por el estrés de la enfermedad en sí. Se puede decir que el COVID-19 es un estresor biológico debido al confinamiento domiciliario masivo, las

órdenes de los gobiernos de quedarse en casa, la cuarentena, el aislamiento, la pérdida del empleo, el adaptarse a trabajar desde casa y, en muchos otros casos, el adaptar la escuela en casa más cumplir con las obligaciones correspondientes del trabajo y/o del hogar (ya sea por el padre, madre u otro familiar). Otros estresores incluyen la restricción de actividades antes frecuentes y placenteras, la falta de dinero y de servicios de salud de calidad, el manejo de la pandemia por los gobiernos local y nacional, cambios inevitables en los hábitos alimenticios y de sueño, entre otras situaciones.

Una revisión reciente de las secuelas psicológicas en muestras de personas en cuarentena y de proveedores de atención médica puede resultar instructiva. Dichas secuelas incluyen estrés, depresión, irritabilidad, insomnio, miedo, confusión, ira, frustración, aburrimiento y estigma, algunas de las cuales persistieron después de que se levantó la cuarentena. Los factores estresantes específicos incluyeron una mayor duración del confinamiento, tener suministros inadecuados, dificultad para obtener atención médica y medicamentos, y las pérdidas financieras resultantes (Pfefferbaum y North, 2020).

En el contexto pandémico del COVID-19, se tiene todo lo necesario para tener una tormenta perfecta de problemas psicosociales y emocionales, ocasionando una posible psicopatología como lo es una depresión o un trastorno de ansiedad.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS EN TIEMPOS DE COVID

A continuación, se presenta una serie de estrategias adaptadas al contexto actual y que pueden utilizarse de manera concreta para el manejo del estrés.

1. Agenda de actividades placenteras

Parte de las medidas para afrontar la pandemia es el aislamiento social y la cuarentena. Al aislarse de los círculos sociales, al dejar de hacer actividades fuera de casa que antes eran parte de la cotidianidad, es normal que aparezcan situaciones de depresión y/o ansiedad, ya que la incertidumbre y los cambios radicales en el estilo de vida van de la mano con el aislamiento.

Una estrategia que se utiliza mucho en el tratamiento de la AC es la agenda de actividades placenteras. Ésta consiste en:

1. Haz tu agenda 24/7 actual.
2. Identifica las actividades de tu agenda actual que te hacen sentir bien.
3. Identifica las actividades que no te hacen sentir bien.
4. Identifica aquellas actividades que te son indiferentes.
5. Haz una lista de actividades que antes hacías o que te gustaría hacer que te generaban mucho gozo y una sensación de logro (a estas actividades las llamaremos “actividades reforzantes”).
6. Agenda “tu día de mañana” con tus actividades cotidianas y agrega una o dos actividades reforzantes en ese día.
7. Vive tu día como lo planeaste, tratando de realizar todas las actividades.
8. Al finalizar tu día, revisa tu agenda y ve lo que pudiste hacer y lo que no. Luego califica del 1 al 10, siendo 1 poco y 10 mucho. Te puedes apoyar en las siguientes preguntas: ¿Qué tanto disfrutaste cada actividad que realizaste? ¿Qué tan importante fue para ti hacer cada actividad?
9. Basándote en tus calificaciones y revisando las actividades que hiciste, planea tu día de mañana de la misma forma que en el punto 6. Solamente que ahora haz las adecuaciones

necesarias para que sea más probable que sí las realices. Por ejemplo, en lugar de hacer ejercicio a las 7:00 am, hacerlo a las 6:00 pm.

10. Repetir pasos 8 y 9 hasta que te sientas satisfecho con tu agenda.

NOTA: Es importante que adecues las actividades de manera realista y tomes en cuenta la pandemia. Por ejemplo, si en la lista de actividades reforzantes pones ir al cine con los amigos o ir a cenar a un restaurante, es probable que no se puedan realizar debido a las restricciones que existan en la localidad de la persona. Una adaptación sería, por ejemplo, hacer una videollamada con los amigos o ver una película utilizando una aplicación donde se pueda compartir pantalla.

2. Redes de apoyo

El ser humano presenta una necesidad nata a la vida en grupos. El impacto del medio social en las personas tiene dos vertientes: por un lado, sirve como factor protector ante los retos del contexto; por otro, la ausencia de redes/vínculos sociales satisfactorios se asocia a la vulnerabilidad para el inicio, desarrollo o mantenimiento de un episodio depresivo (Chávez y Tena, 2018).

Como se ha mencionado, el aislamiento como parte vital en la guerra contra el COVID-19 tiene muchas consecuencias psicosociales que se vuelven estresores y propician que las personas puedan enfermar o padecer una psicopatología como la depresión y/o algún trastorno de ansiedad.

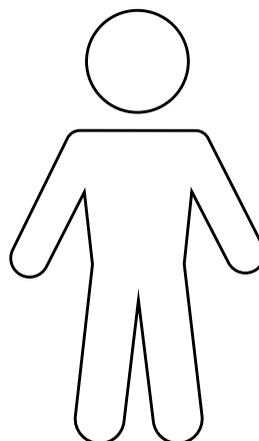
Para fortalecer las redes de apoyo, Chávez y Tena (2018) proponen la siguiente intervención:

1. Contesta las siguientes preguntas:
 - ¿Quiénes son las personas más importantes en tu vida?
 - ¿Con quién vas cuando necesitas apoyo emocional?

- ¿A quién apoyas tú?
- ¿De quién dependes emocionalmente?
- ¿Quiénes dependen de ti?
- ¿Quiénes están más presentes en tu cabeza en estos momentos?
- ¿Quién o quiénes están tomando tu energía mental y emocional?
- ¿Quién consideras que te ha querido bien y cómo?
- ¿A quién necesitarías decirle que lo/la quieres?

2. Realiza la siguiente actividad:

- Haz un dibujo de una figura humana similar al siguiente:



- Dibuja un corazón en la figura humana y pon el nombre de las personas que son tus apoyos emocionales más íntimos. Luego, en el estómago, escribe el nombre de las personas que son tus apoyos cercanos y, en los pies, el nombre de las personas que son tus apoyos más lejanos.

3. Reflexiona lo siguiente:

- Piensa en la distancia que tienes con tus redes de apoyo.
- ¿Son pocas o muchas personas las que están cerca de tu corazón?
- ¿Están más cerca de lo que pensabas? ¿O más lejanas?

- ¿Quiénes te gustaría que fueran más cercanos? A estas personas dibújales una flecha que apunte hacia tu corazón.
- ¿Quiénes te gustaría que se alejaran de tú vida? A estas personas dibújales una flecha que apunte hacia afuera de tu cuerpo.

4. Realiza lo siguiente:

- Escribe acciones concretas que vas hacer para seguir manteniendo cerca a tus personas más íntimas.
- Escribe acciones concretas que vas hacer para acercar a esas personas que son importantes para ti y consideras que están lejanas de tu corazón.
- Escribe acciones concretas que vas hacer para alejar y sacar de tu vida a esas personas que son dañinas para ti.
- Si hay personas que eran importantes y sanas para ti y ya no están siquiera dentro del dibujo, escribe acciones concretas que vas hacer para recuperar esas relaciones.

NOTA: Aprovecha todas las herramientas tecnológicas para acercarte a esas personas que te son importantes y recuerda adecuar las acciones concretas que anotaste en el punto 4 según el contexto pandémico en el que te encuentres.

3. Respiración diafragmática

Como parte del afrontamiento ante el estrés ocasionado por los estresores biopsicosociales presentes dentro del contexto de la pandemia, entrenarse en técnicas de relajación es fundamental para que el distrés disminuya y el cuerpo vuelva a estar autorregulado o por lo menos tenga algunos periodos de homeostasis.

La respiración se ha utilizado por muchos años como técnica de relajación, debido a que es fácil de entrenar y de ejecutar. A continuación se presenta una propuesta por Fernando Alcaráz Mendoza (2014) de una técnica de respiración:

1. Siéntate en una posición cómoda, de preferencia reclinado.
2. Coloca una mano en el abdomen y otra en el pecho.
3. Al inhalar, busca que el abdomen se infle (no el pecho). El tener las manos en pecho y abdomen te ayudará a darte cuenta de cuál parte es la que se está inflando.
4. Si para ti es complicado el paso número 3, se recomienda inflar el abdomen de forma voluntaria mientras inhalas y desinflarlo de forma voluntaria mientras exhalas. También puede servir el estar acostado al hacer esto.
5. Una vez que logres controlar la respiración (inhalando por la nariz y exhalando por la boca, y en el momento de inhalar inflar el abdomen, y en el momento de exhalar desinflarlo), utiliza un reloj con segundero e inhala durante cuatro segundos y exhala por la boca durante cuatro segundos. Puedes ayudarte imaginando que al exhalar soplaras con un popote.
6. Después de tres minutos de realizar la respiración del punto 5, si no se ha sentido ningún mareo, se seguirá inhalando durante cuatro segundos pero ahora se exhalará durante cinco segundos, y si después de tres minutos no se siente una sensación de mareo, nuevamente se inhalará durante cuatro segundos y se exhalará durante seis segundos (de la misma forma que en el punto 5).

NOTA: Realiza el ejercicio de respiración de forma regular y constante a lo largo del

día. Puede ser al iniciar y/o al terminar una actividad estresante o al estar acostado para iniciar el sueño.

4. Higiene del sueño

El ser humano necesita dormir y esto sucederá de forma natural aunque la persona no lo quiera hacer. No se trata sólo de dormir, es necesario un número suficiente de horas y que el sueño sea de calidad. Es decir, que sea reparador y que permita restaurar el organismo para afrontar el día siguiente. Todas aquellas medidas y conductas encaminadas a conseguir un sueño de calidad y que permitan el adecuado descanso reciben el nombre de *higiene del sueño* (Servicio de Neurología del Hospital Sanitas “La Moraleja”, 2018).

El aislamiento, el cambio de hábitos, la adaptación a la escuela y el trabajo en casa, cambios alimenticios, entre otros tantos que se han experimentado durante la pandemia del COVID-19, han ocasionado el aumento de los problemas relacionados con el sueño, como el insomnio (Pfefferbaum y North, 2020).

La higiene de sueño es una herramienta muy útil para crear y fortalecer hábitos que fomenten una mejor calidad en el sueño. Utilizando la guía del Servicio de Neurología del Hospital Sanitas “La Moraleja” (2018), se proponen las siguientes acciones:

1. No tomes sustancias excitantes como café, té, alcohol, tabaco u otras, durante la tarde o al final del día.
2. Toma una cena ligera y espera una o dos horas para acostarse. No te vayas a la cama con sensación de hambre, puedes tomar un vaso de leche caliente (sin chocolate) o una infusión (sin teína) para favorecer la relajación antes de ir a dormir.
3. Realiza ejercicio físico y evita hacerlo a última hora del día, ya que activa el organismo.

4. Evita siestas prolongadas (no más de 20 minutos) y nunca por la tarde-noche. Es recomendable que tomes la siesta antes de las 4:00 pm.
5. Si estás tomando medicamento, hay que tener en cuenta que algunos pueden producir insomnio. Consulta a tu médico.
6. Mantén horarios de sueño regulares, acostándote y levantándote siempre a la misma hora. Si no consigues conciliar el sueño en unos 15 minutos, es recomendado salir de la cama y relajarse en otro lugar. Se recomienda que vayas a sentarte a un sofá y leas una novela (no de terror) o laves los platos, y cuando vuelva el sueño regreses a la cama.
7. Si existen problemas para conciliar el sueño, evita la exposición a luz brillante a últimas horas de la tarde y por la noche.
8. No realices en la cama tareas que impliquen actividad mental como leer, ver televisión, usar la computadora, el celular, etcétera.
9. Es muy importante que mantengas un ambiente adecuado que favorezca y ayude a mantener el sueño. Procura tener una temperatura adecuada, usa colores relajantes, una cama confortable y evita ruidos, ambientes no familiares y/o no habituales a la hora de dormir.
10. Si es necesario, puedes hacer un ritual antes de acostarte que incluya conductas relajantes como escuchar música tranquila, lavarte los dientes, una ducha templada, ejercicios de respiración, etcétera.

CONCLUSIONES

1. El comportamiento de cualquier individuo es funcional o disfuncional según el contexto en donde se presenta. Al entender cómo el contexto influye en nuestro

- comportamiento y cómo nosotros influimos en nuestro contexto, podemos aplicar ciertas intervenciones que fomenten la salud mental.
2. Cuando la persona se encuentra en distrés prolongado, el sistema inmune se ve afectado, lo que ocasiona que sea más fácil el enfermarse (Cruz Pérez, 2018).
 3. Las emergencias sanitarias como la pandemia del COVID-19 pueden afectar la salud, la seguridad y el bienestar de las personas al causar inseguridad, confusión y aislamiento socioemocional.
 4. El contexto de la pandemia del COVID-19 es uno que predispone a las personas a padecer de distrés.
 5. Estrategias como la agenda de actividades placenteras, fortalecer las redes de apoyo, la respiración diafragmática y la higiene de sueño pueden ayudar a afrontar de una manera más saludable el contexto pandémico del COVID-19.

REFERENCIAS

1. **ALCARAZ, F. (2014)**. Saber activarse intelectualmente: El autocuidado del cerebro. En E. Camacho y C. Vega-Michel, (2014) *Autocuidado de la Salud*. Guadalajara: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Impresiones ITESO. Págs. 55-68.
2. **BARRACA, J. (2009)**. Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, Vol. 20, Número 2. Págs. 109-117.
3. **CHÁVEZ, K. y TENA, E.A. (2018)**. *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. México: Editorial Manual Moderno. Págs. 55-63.
4. **CRUZ, PÉREZ, G. (2018)**. Desestigmatizando la función del estrés. *Universidad Autónoma de México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 21, Número 2.
5. **OMS. (2019)**. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). [en línea] <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
6. **PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2007)**. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles de psicólogo*, Vol. 28(2), pp. 97-110.
7. **PIÑA, J., YBARRA, J.L. y FIERROS, L.E. (2012)**. La conceptualización del fenómeno estrés en psicología y salud: su abordaje a la luz de un modelo de adhesión. En S. Galán y E. Camacho, (2012). *Estrés y Salud Investigación básica y aplicada*. México: Editorial Manual Moderno. Págs. 3-16.
8. **PFEFFERBAUM, B. y NORTH, C. (2020)**. Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society. All rights reserved.
9. **RUÍZ, M., DÍAZ, M. y VILLALOBOS, A. (2012)**. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Edesclée. ISBN: 978-84-330-2535-7
10. **SELYE, H. (1946)**. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6: 177-231.
11. **SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL SANITAS. (2018)**. *Guía del Sueño*. [En línea]. Madrid: Hospital Universitario la Moraleja Sanitas. https://www.hospitallamoraleja.es/pdf/pautas_higiene_sueno37.pdf

Mindfulness: herramienta de salud para afrontar la pandemia

Dr. Alan Ricardo Rubio Zúñiga •
Mtra. Lizette Anahy Gutiérrez Maldonado •

A partir del descubrimiento de COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró un brote del virus el 30 de enero del 2020. Al mes de marzo de 2021 se han notificado 119'220,681 casos confirmados a nivel mundial, incluidas 2'642,826 muertes. Este virus vino a cambiar el manejo que se da a situaciones de crisis en salud y, sobre todo, el de la información.

Debido a la novedad de la pandemia y la incertidumbre sobre sus consecuencias, no será rara la aparición de signos y síntomas en la salud mental de la población. Por situaciones como el desconocimiento y las altas tasas de infección y mortalidad reportadas es posible entender que entre los síntomas más comunes se encuentren el estrés y el miedo.

Pronósticos inciertos; escasez de recursos para pruebas y tratamiento; pobre protección a socorristas y proveedores de atención médica de la infección; imposición de medidas de salud pública desconocidas que atentan contra las libertades personales; grandes y crecientes pérdidas financieras, y mensajes contradictorios de las autoridades se encuentran entre los principales factores que sin duda contribuyen al aumento de estrés emocional, angustia y mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas asociadas con COVID-19.

Dentro de los agentes que generaron mayor impacto en la salud mental se encuentran las medidas de aislamiento y encierro. Con los años se han estudiado las consecuencias de dichas medidas. Un ejemplo es una revisión sistemática que explica las secuelas psicológicas sobre los efectos de personas en cuarentena, así como de personal de salud. El estudio señala el impacto negativo respecto a las emociones, y explica la aparición de estrés, depresión, irritabilidad, insomnio, miedo, confusión, ira, frustración, aburrimiento y estigma asociados con la cuarentena y el encierro, además de que algunos de estos síntomas persistieron después de que se levantó la cuarentena. Dentro

de los factores asociados se incluyen una mayor duración del confinamiento, tener suministros inadecuados, dificultad para obtener atención médica y medicamentos, y las pérdidas financieras resultantes.

En el transcurso del año 2020, depresión, ansiedad, preocupaciones psicosomáticas, insomnio, aumento del uso de sustancias y violencia doméstica fueron de los problemas emocionales más comunes. Sin embargo, el miedo fue el que generó mayor impacto en la población. Miedo a desarrollar la enfermedad, a morir o a perder a un ser querido son sólo unas cuantas causas para este cambio emocional.

Es importante que en estos tiempos de crisis existan métodos útiles y sencillos al alcance de toda la población que cuenten con evidencia, que fomenten la fortaleza psicológica y ayuden a reducir los niveles de estrés, depresión, irritabilidad, aburrimiento y, sobre todo, miedo. Bajo este concepto, de las mejores herramientas que podrían hacer frente a esta situación es sin duda la meditación y la atención plena: *mindfulness*.

MEDITACIÓN Y MINDFULNESS

Originada en el contexto del budismo alrededor del siglo V a. C. (figura 1), la meditación fue traída a occidente por Kabatt-Zin, quien creó un programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) para el dolor crónico, que con el tiempo pudo llevar sus beneficios a otras áreas de la salud general y mental.

Mindfulness hace referencia a la conciencia del momento presente y a la aceptación sin juicio de las emociones y pensamientos. El *mindfulness* es asociado a una actitud de aceptación, en donde aquellos individuos aun con práctica constante son menos propensos a ser abrumados por emociones estresantes como la depresión, ansiedad y miedo.

La operacionalización que habla del *mindfulness* como una cualidad mental dice que es “la conciencia que surge al prestar

Figura 1. Sati es atención plena o conciencia, una facultad espiritual o psicológica (*indriya*), un elemento importante de las tradiciones budistas y se basa en las técnicas de meditación zen, vipassana y tibetana. Es el primer factor de los siete factores de la iluminación

atención a propósito, en el momento presente, y sin juzgar el desarrollo de la experiencia momento a momento”. Aunado a esta definición, existen tres componentes fundamentales: intención (motivación para prestar atención), atención (como proceso cognitivo) y actitud (cualidad emocional con la que uno imbuje la atención).

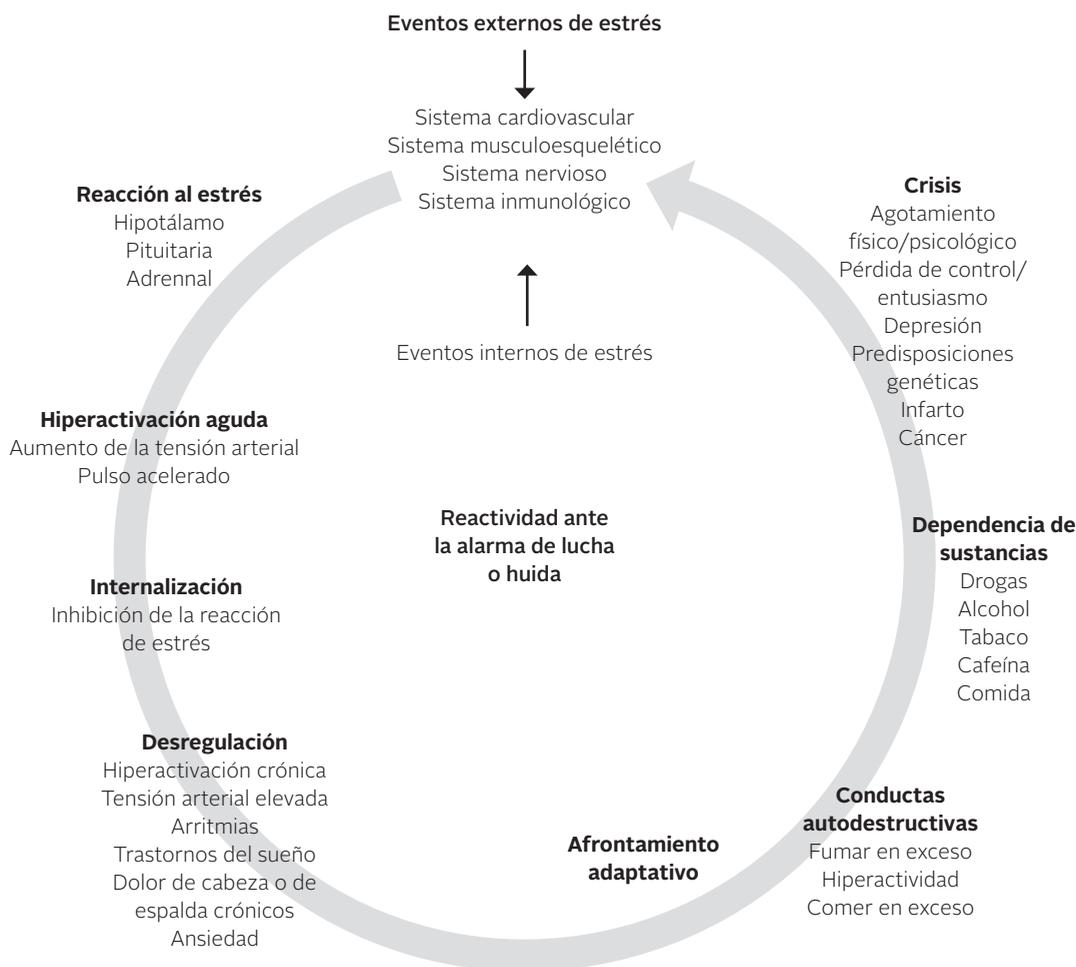
No se puede hablar de *mindfulness* sin hablar de la meditación. Esto se refiere en términos generales a las actividades mentales que comparten un enfoque común en el entrenamiento de la autorregulación de la atención y la conciencia, mejorando así el control de los procesos mentales y, en consecuencia, aumentando el bienestar.

MINDFULNESS COMO HERRAMIENTA PARA LA SALUD MENTAL

Dentro de los procesos mentales, uno de los principales factores que causa y mantiene el sufrimiento mental (p. ej., estrés, ansiedad, depresión, miedo y disregulación emocional) es la relación que los individuos han aprendido a establecer con su experiencia interna, en donde existe una tendencia a dejarse superar y dominar por pensamientos que surgen en la profundidad de nuestras mentes, y que se dispersan hasta que ya no se pueden controlar (figura 2).

Durante la meditación ocurre lo mismo y tomamos conciencia de ello. Estamos inmersos continuamente en un flujo ininterrumpido de pensamientos que vienen independientemente de nuestra

Figura 2. Modelo de activación de estrés y ansiedad. Existen estímulos externos e internos que culminan en una serie de síntomas físicos y mentales que desencadenan conductas maladaptativas



voluntad, uno después del otro, en una sucesión muy rápida. Así pues, el problema no es eliminar los pensamientos que se generan, sino desidentificarse con ellos. Uno de los principios y enseñanzas más valiosos en los que se basan los programas de *mindfulness* es esta idea de “no ser nuestros propios pensamientos”.

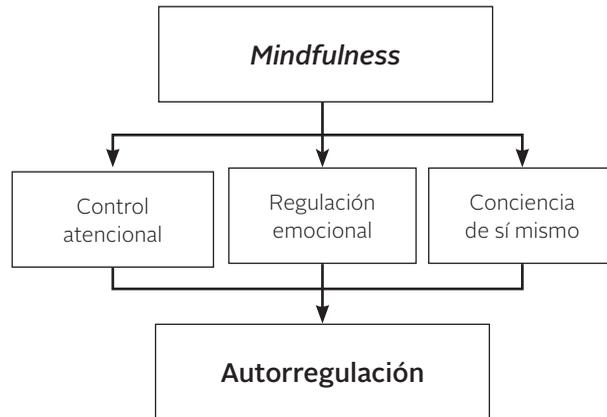
El proceso de meditación funciona cambiando la identificación con el contenido del pensamiento mediante una “mirada” que acepta más, más intuitiva e inmediata; así es posible que algunos contenidos cognitivo-afectivos disminuyan progresivamente hasta desaparecer. Al contrario, en procesos psicopatológicos

aparece la automatización de nuestros procesos cognitivos y emocionales, se cristalizan configuraciones de pensamiento, recuerdos, emociones y reacciones fisiológicas que son automáticas y más fuertes que el deseo de controlarlas.

El *mindfulness* funciona en el sentido opuesto. Los procesos de descentramiento y de desidentificación son el fin mismo de la terapia. El desapego y la no identificación con lo que consideramos real es la base de su abordaje.

Las técnicas de meditación basadas en *mindfulness* funcionan favoreciendo

Figura 3. Procesos para llegar a la autorregulación



una actitud de “dejar ir” en relación a los propios pensamientos. Es por ello que, en los procesos de atención plena, es muy importante que los pacientes aprendan a desidentificarse de sus pensamientos mediante procesos de atención, regulación emocional y la conciencia de sí mismos (figura 3).

A partir de estos conocimientos sobre la meditación y práctica de *mindfulness* surge la duda de los procesos sobre los que actúan y qué evidencia existe respecto a su utilidad.

NEUROBIOLOGÍA DEL MINDFULNESS

Existe interés por conocer el funcionamiento cerebral desde los estados meditativos, y es que como a través del electroencefalograma y estudios de conducta parece ser que la meditación y el *mindfulness* representan patrones exclusivos de funcionamiento neuronal.

El estado mental es aquel en donde existe un patrón de actividad y conectividad neuronal constante. El entrenamiento en meditación involucra llegar a un estado meditativo en el que se pueden obtener mediciones de la actividad cerebral. Es bajo esta premisa que se pueden realizar estudios de imagen

e identificar las regiones cerebrales que se activan en dicho estado.

Gracias a técnicas de neuroimagen como la fMRI (resonancia magnética funcional) y PET (tomografía por emisión de positrones), es que sabemos que hay cambios en el funcionamiento de diversas áreas cerebrales en comparación con personas que no practican la meditación. Las investigaciones han encontrado cambios en el comportamiento, actividad cerebral y estructura cerebral secundaria a entrenamiento, producto de la meditación basada en *mindfulness*.

Se realizó un metaanálisis de estimación de probabilidad de activación de 10 estudios publicados antes de enero de 2011, con 91 meditadores sanos experimentados, para identificar las regiones del cerebro activadas durante el estado de meditación (en comparación con un estado “neutro”). Se explica que existen tres áreas con grupos de actividad: el caudado, que se piensa (junto con el putamen) tiene un papel en la desconexión atencional de la información irrelevante, permitiendo alcanzar y mantener un estado meditativo; la corteza entorrinal (parahipocampo), que se cree controla el flujo mental de pensamientos y posiblemente evita que la mente divague, y la corteza prefrontal media, que parece

apoya la mejora de la autoconciencia durante la meditación.

En otro resultado se demuestra la activación de la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), zona asociada con las funciones ejecutivas, toma de decisiones y atención. Se detectaron cambios a manera de mayor grosor en la corteza de esta área y mayor utilización, lo que sugiere que la meditación produce cambios al mostrar una mayor activación en la DLPFC.

Otro hallazgo frecuente es una mayor activación en la corteza cingulada, particularmente en la subdivisión anterior (ACC). Se sabe que la ACC desempeña un papel fundamental en la integración de la atención, la motivación y el control motor (*nature*). Dado que la ACC suele asociarse con la dirección de la atención, podemos esperar que los meditadores con más experiencia muestren mayor activación que los novatos.

Por último, parece que la corteza insular o ínsula también se activa durante la meditación. La ínsula se asocia a la interocepción o suma de sentimientos viscerales e instintivos que experimentamos en un momento dado, y también se ha propuesto como principal región del cerebro implicada en el procesamiento de sensaciones físicas pasajeras, contribuyendo así a nuestra experiencia de “sí mismos”.

A pesar de la creciente cantidad de información y estudios realizados, se habla de una baja calidad metodológica general, lo que demuestra que el conocimiento de los mecanismos que subyacen a los efectos de meditación aún está en pañales. Lo cierto es que existe la suficiente evidencia para decir con certeza que el *mindfulness* puede generar cambios en la neuroplasticidad, en la estructura y en funciones de las regiones cerebrales involucradas en atención, emoción y autoconciencia.

UNA VIDA EN EL PRESENTE

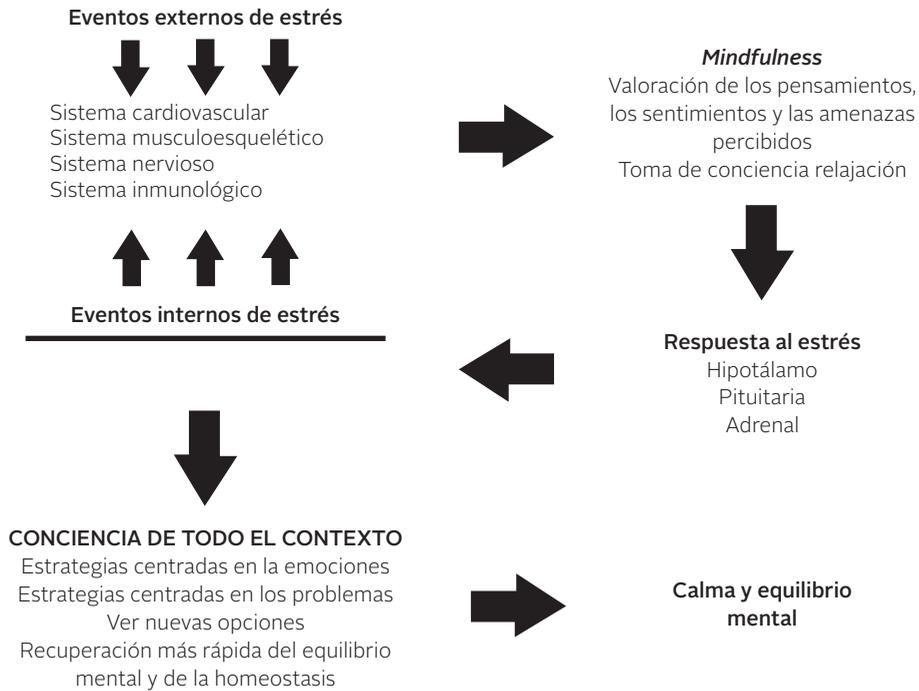
En la actualidad, especialmente en tiempos de crisis, existe interés en utilizar enfoques basados en *mindfulness* en la práctica, y eso plantea varias preguntas interesantes sobre la formación de los profesionales de la salud.

Existen varias modalidades de tratamiento que utilizan la conciencia plena; sin embargo, no hay un consenso en cuanto a los componentes y las características del *mindfulness* en lo relacionado con el medio clínico. Existen programas clínicos basados en esta técnica como clave del enfoque, mientras que otros la utilizan como un grupo de habilidades e intervenciones. A pesar de estas diferencias en tratamiento, lo que sabemos es que mientras más se habitúe el sujeto a la práctica, más efectivos serán sus resultados. Esto dota de un énfasis distinto al aprendizaje clínico, pues modifica la forma en que se desenvuelve el facultativo, en un proceso de cambio para quien lo aprende y para quien lo enseña.

Es entonces la meta que la meditación se vuelva una práctica cotidiana y se adquieran diversas capacidades, como la de experimentar emociones negativas sin quedarse necesariamente “atrapado” en ellas, la cual tiene implicaciones significativas para el tratamiento de formas comunes de psicopatología, en particular trastornos de ansiedad y de estado de ánimo. Ambas familias de trastornos implican formas excesivas de rumiación de pensamientos negativos.

Dentro de la práctica *mindfulness* aparece una manera de observar directamente la naturaleza de los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas, y cómo contribuyen a la felicidad o al sufrimiento. La atención se dirige a las experiencias que surgen en el momento presente. No es un proceso

Figura 4. Modelo de activación de estrés y ansiedad siendo regulado por mindfulness. Aparece la capacidad de regular la respuesta al estrés a través de diversas estrategias que llevan a la calma y al equilibrio mental



pasivo sino un compromiso deliberado. Con la práctica sostenida, es posible apreciar cómo somos “secuestrados” por pensamientos de deseo, en donde las cosas son distintas a la realidad. Es con el esfuerzo y la práctica que el “secuestro” de conciencia es menos intenso, se presenta la posibilidad de depender menos de esos pensamientos, emociones y conductas y aparecen más opciones en situaciones difíciles o de estrés (figura 4).

Trabajar como profesional de la salud, más en tiempos de pandemia, aporta sus propios factores de estrés, en particular para quienes trabajan con poblaciones clínicas con niveles elevados de sufrimiento. Las pruebas también sugieren que cuando los profesionales de la salud

no están satisfechos con sus trabajos y experimentan malestar psicológico, el cuidado de los pacientes se resiente.

Es por lo anterior que se busca adentrarnos en estos procesos de meditación que mejoran el presente y nos llevan a un proceso de aceptación, y así acrecentar el efecto positivo. Entonces, es importante hacer énfasis en lo que se debe aprender y conocer para practicar estas técnicas.

Se ha mencionado en repetidas ocasiones la efectividad del *mindfulness* y sus diversas técnicas. A continuación se describirán unas sencillas técnicas de conciencia plena para dar el primer paso hacia esta práctica y comprobar su eficacia.

EJERCICIOS Y ACTIVIDADES ÚTILES EN ESTOS TIEMPOS DE CRISIS PARA REDUCIR EL ESTRÉS Y EL MIEDO DENTRO DE LA PRÁCTICA DEL MINDFULNESS

Conciencia en el diálogo

Un tema central e importante es permitir que conciencia y atención se dirijan hacia la exploración interior de la naturaleza de sensaciones físicas, emocionales y cognitivas emergentes en el presente, y también la articulación hacia el exterior de ese proceso.

En esta búsqueda e investigación se utiliza el término “diálogo”, que da un marco de referencia más espacioso y hacia el descubrimiento. Las conversaciones se transforman en la posibilidad de redescubrir y de hacerse amigo de conexiones empíricas con el significado.

Se proporciona una instrucción sostenida y sistemática de la práctica de la meditación *mindfulness*, que tiene nuevas e importantes implicaciones para formar profesionales de la salud. Se trata de un enfoque centrado en el estudio de la experiencia directa y de la conciencia. Es una responsabilidad en el tiempo para cultivar la mente hacia la posibilidad de introspección y sabiduría.

Postura en *mindfulness*

Existen diversas formas de realizar *mindfulness*, teniendo en cuenta que la postura de nuestro cuerpo tiene un efecto muy directo y potente en nuestro estado mental. La mejor postura de meditación es aquella en la que uno se siente cómodo, relajado, alerta y estable; una que se pueda mantener cómodamente durante algún tiempo. Una postura correcta reduce obstáculos para concentrarse, como el dolor físico, las distracciones, la somnolencia y la divagación mental.

Escaneo corporal

Esta técnica mejora la capacidad para prestar atención a las experiencias en tiempo real en el momento presente, lo que resulta útil cuando las emociones o los pensamientos se sienten fuera de control. Nos entrena para explorar y estar con sensaciones agradables y desagradables, se aprende a notar y tolerar cuando estamos en estados críticos y desagradables, esto sin intentar o cambiar nada.

Esta práctica se recomienda por un lapso de 30 minutos, pero si no tiene tanto tiempo, utilice el que tenga. Es posible que desee acostarse, pero también puede hacerlo sentado, especialmente si eso le facilita mantenerse despierto. Esta técnica puede realizarse con los ojos abiertos o cerrados.

1. Lleve la conciencia al cuerpo inhalando y exhalando, notando el tacto y la presión donde hace contacto con el asiento o el piso. A lo largo de esta práctica, dedique todo el tiempo que necesite o desee para experimentar e investigar cada área del cuerpo.
2. Cuando esté listo (sin prisas), inhale intencionalmente y dirija su atención a cualquier parte del cuerpo que desee investigar. Puede optar por una exploración corporal sistemática comenzando por la cabeza o los pies, o puede optar por explorar sensaciones al azar.
3. Se exploran y sienten sensaciones como zumbidos u hormigueos, presión, opresión o temperatura, o cualquier otra cosa que note, el punto principal es investigar las sensaciones lo más completamente posible y luego liberar intencionalmente el foco de atención antes de pasar a la siguiente área a

explorar. Las emociones también son parte del ejercicio, si aparece alguna, dedique tiempo a sentirla y explorar.

4. Es posible que note que su mente comience a divagar. Si esto sucede, no es un problema. Es muy natural. Trate de notar que su mente se ha distraído. Redirija suavemente su atención de regreso a la respiración.
5. Al final de esta exploración de sensaciones corporales, dedique unos momentos a expandir su atención para sentir que todo su cuerpo respira libremente.
6. Abra los ojos si han estado cerrados. Muévase conscientemente hacia este momento.

Mindfulness de la respiración o respiración conciente

La forma más básica de realizar una respiración conciente es centrar la atención en la respiración, inhalar y exhalar. La actividad se realiza de la siguiente manera:

1. Se elige una postura cómoda, se puede hacer sentado, de pie o tumbado. Los ojos pueden estar abiertos o cerrados.
2. Deje descender su atención plena hasta el abdomen, lejos del pensamiento, y que su cuerpo inspire y espire como quiera.
3. Sentirá cómo el flujo de aire entra y sale, cómo el abdomen sube y baja, el principio de la respiración, el punto de inflexión justo antes de espirar y la longitud de la pausa antes de que el cuerpo inicie otra respiración.
4. A veces, especialmente cuando intenta calmarse en un momento de estrés, puede ser útil comenzar con una respiración exagerada: una inhalación profunda sintiendo las fosas nasales (tres segundos), contener la respiración (dos

segundos) y una exhalación larga por la boca (cuatro segundos).

5. Es posible que su mente comience a divagar. Si esto sucede, no es un problema. Es muy natural. Trate de notar que su mente se ha distraído. Redirija suavemente su atención de regreso a la respiración.
6. Quédese aquí de cinco a siete minutos. Fíjase en su respiración, en silencio. De vez en cuando, se perderá en sus pensamientos y luego volverá a respirar.
7. Permita relajarse, y una vez que esté listo, termine el ejercicio.

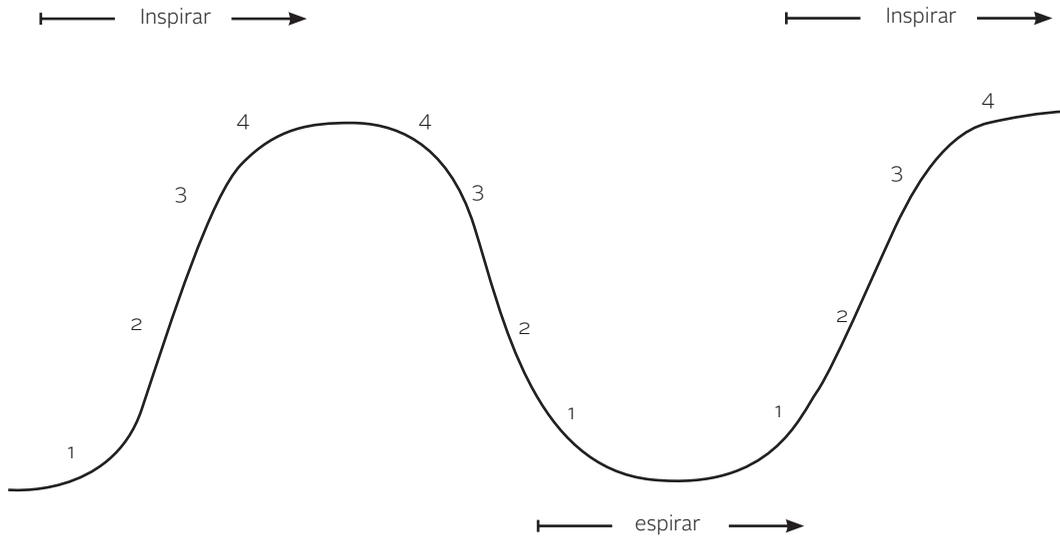
Existen distintos tipos de respiración que se pueden realizar para disminuir el estrés y el miedo, a continuación se agregan dos ejercicios que se pueden realizar en el momento deseado.

Meditación sentada

1. Elija un lugar tranquilo.
2. Siéntese de una manera que le ayude a estar alerta y relajado al mismo tiempo.
3. Dese el tiempo necesario de transición entre lo que estaba haciendo y el estado meditativo, y adopte una actitud sin prisas. Observe las sensaciones presentes en su cuerpo.
4. Permita, suavemente, que el centro de su conciencia se sitúe en el abdomen, en un punto situado unos dos dedos por debajo del ombligo. Sienta cómo su cuerpo inspira y espira, dejando que la respiración se despliegue voluntariamente, sin forzar nada.
5. En cuanto note que su mente se ha alejado de su respiración, observe brevemente lo que ha estado pensando y regrese a su respiración. Lo más importante que debe

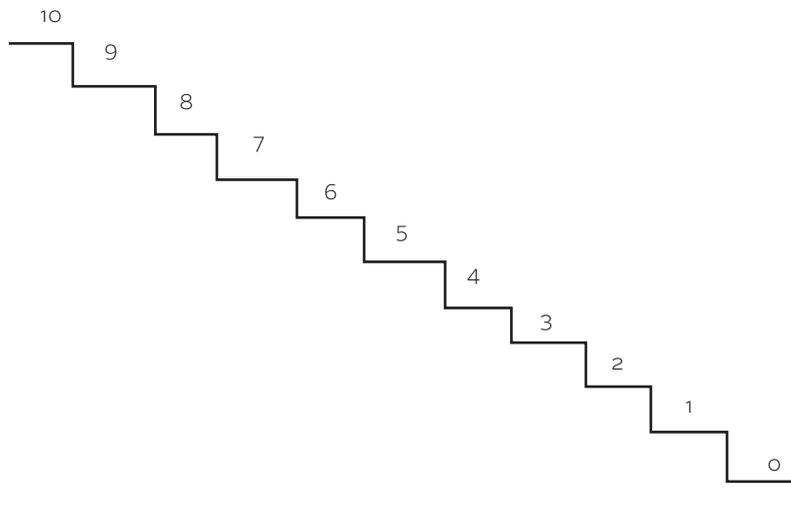
Miniejercicio de respiración equilibrada

Respiración equilibrada contando hasta dos; cuando inspire cuente lentamente hasta cuatro; cuando espire, cuente hacia atrás lentamente hacia uno. Hágalo varias veces.



Miniejercicio de respiración equilibrada contando

Cuente hacia atrás de diez a cero, cada número es una espiración y una inspiración como si bajara unas escaleras. Con la primera respiración diafrágmática diga diez para sí mismo, y con las siguientes diga nueve, ocho, siete, seis, cinco, cuatro, tres, dos, uno, cero.



recordar es que esa divagación es totalmente natural y aceptable, así que no empiece a acusarse por ello.

6. Repita ese proceso durante algún tiempo confortable, alargando gradualmente sus periodos de atención hasta treinta o cuarenta minutos como mínimo. No intente hacer más de lo que pueda y acéptese como es, su capacidad para permanecer sentado y atento aumentará gradualmente.
7. Cuando termine su meditación sentada, tómese el tiempo que necesite para salir de la misma. Durante el día, regrese frecuentemente a la concentración practicando unas cuantas respiraciones concientes.

Caminar con conciencia

El paseo es una forma de meditación en movimiento. Las personas a las que les cuesta permanecer quietas durante mucho rato en la meditación sentada les puede resultar más sencillo desarrollar atención y conciencia plena practicando este tipo de meditación. A diferencia de la meditación sentada, aquí mantenemos los ojos abiertos y somos más conscientes del mundo exterior (sonidos de la naturaleza o de los humanos, estímulos visuales, el viento, el sol, etcétera.).

El paseo conciente es una meditación que puede practicarse de una manera más formal, por ejemplo, durante un tiempo determinado (15 minutos o más) y caminando muy lentamente, o de manera más *informal* cada vez que nos desplazamos de un lugar a otro.

1. La conciencia corporal es la base del mindfulness, así que preste toda su atención a las sensaciones de su cuerpo, en particular a las de las plantas de los pies.

2. Hay tres momentos importantes que deben observarse durante la meditación andando: el momento en el que levantamos un pie del suelo, la fase en la que ese pie queda suspendido y se desplaza por el aire, y el momento en el que el pie reposa en el suelo de nuevo. Intente pronunciar las palabras “elevar”, “mover” y “colocar” para centrar la atención en esas tres fases.
3. Al igual que en los otros ejercicios, si la mente divaga, intente simplemente darse cuenta, y en cuanto pueda, haga todo lo posible para devolverla suavemente al momento presente y a todas las sensaciones físicas creadas por el paseo, paso a paso.
4. Experimente esas sensaciones en lugar de pensar en ellas. Pensar puede llevar a juzgar y a estados mentales negativos como ansiedad, aburrimiento o tristeza. En lugar de eso, intente permanecer con las sensaciones directas.

Principios en mindfulness

Ahora, para aquellas personas que deseen adentrarse en el mundo de la meditación y *mindfulness*, se recomiendan las siguientes lecturas:

- *Mindfulness para principiantes* (Jon Kabat-Zinn). Es una invitación para que el lector modifique su relación con el modo en que piensa, siente, ama, trabaja o juega; es un excelente compendio de las prácticas y actitudes fundamentales que el padre de este tipo de meditación, Jon Kabat-Zinn, ha desarrollado.
- *Mindfulness en la vida cotidiana, donde quiera que vayas, ahí estás* (Jon Kabat-Zinn). En este libro, Jon Kabat-Zinn nos muestra el camino para practicar la meditación

y desarrollar la atención plena en nuestras propias vidas. Se dirige tanto a los que llegan a la meditación por primera vez como a aquellos practicantes experimentados, a todos aquellos que desean disfrutar de todos los momentos enriquecedores de la vida.

- *Mindfulness para la felicidad* (Ruth Baer). En el complejo mundo actual, el mensaje se ha convertido en una exigencia: sé feliz. Un imperativo tan ambicioso que la búsqueda de la felicidad acaba siendo fuente de ansiedad y frustración. Ruth Baer, profesora de Psicología e investigadora, propone un enfoque distinto: olvidarse de la felicidad como destino para considerarla una forma de viajar.
- *El manual de mindfulness: prácticas diarias del programa de reducción del estrés basado en mindfulness* (Bob Sthal y Elisha Goldstein). El manual del *mindfulness* contiene prácticas diarias sencillas que utilizan el MBSR (reducción del estrés basado en el *mindfulness*) para ayudarnos a calmar el estrés y permanecer asentados en todas y cada una de nuestras jornadas.

También es importante mencionar que en estos tiempos de tecnología existen alternativas bastante útiles para aquellos que no gustan o no tienen el tiempo de leer. Éstas son algunas aplicaciones (apps) para teléfonos celulares:

- *Calm* (Apple store y Google Play). Aplicación para quienes gustan ser guiados en elementos de meditación y mejorar su higiene de sueño. Tiene herramientas para mejorar la respiración, meditación y problemas de regulación

emocional. Con sesiones guiadas con flexibilidad de tiempo, es una herramienta útil para quien tenga dificultades en aplicar la meditación. Lamentablemente, mucho del contenido se encuentra bloqueado en la versión gratuita, pero si se anima a pagarla se convertirá en una de sus aplicaciones de uso diario.

- *Headspace* (Apple store y Google Play). Guía para practicar *mindfulness* en la vida diaria, con habilidades para conciencia plena y meditación, así como para generar herramientas para la atención, respiración, tranquilidad y regulación emocional. También funciona como aplicación para regular el sueño y da herramientas para mejorar tu salud mental. Uno de los elementos más llamativos es el arte sencillo con elementos pueriles que para algunos podría parecer encantador, pero para otros le puede restar seriedad. Aplicación gratuita con elementos de paga.
- *Insight timer* (Apple store y Google Play). Aplicación que permite meditación guiada, música para conciliar el sueño y charlas por expertos en el área. La aplicación da especial atención a quienes sufren de ansiedad. Para su poco tiempo en el mercado, se ha desempeñado bastante bien. Su diseño muestra colores oscuros y una interfaz bastante sobria que da un toque de elegancia y madurez. Esta aplicación es gratuita con elementos de paga.

REFERENCIAS

1. **BEHAN, C. (2020).** The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, Mayo, 14, 1-3.
2. **DIDONNA, F. (2009).** *Manual clínico de mindfulness*. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer.
3. **HERVÁS, G., CEBOLLA, A. Y SOLER, J. (2016).** Intervenciones basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, vol. 27, no. 3, Madrid.
4. **LA NEUROCIENCIA DE LA MEDITACIÓN MINDFULNESS.** *Revista Nature*, 2015.

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud

Dr. Jaime Carmona Huerta^{1,2}
Dra. Sol Durand Arias³
Lic. Allen Akcel Rodríguez¹

ANTECEDENTES

A partir de diciembre del año 2019, el mundo enfrenta una pandemia global: el COVID-19. México tiene 126 millones de habitantes, distribuidos en 32 entidades federativas. Cuenta con tres grandes metrópolis (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) que son de vital importancia durante la pandemia, ya que la movilidad, densidad geográfica y contagios son mayores en dichas áreas (Sanchez *et al.*, 2000).

Esta situación ha puesto en tensión al conjunto de la sociedad y sus organismos, dentro de las cuales se destaca el rol que juegan las diversas instituciones de salud del país (IMSS, ISSSTE, INSABI, PEMEX, SEDENA, etcétera.) en el control de la epidemia y en la atención de las personas cuya salud se ve mermada (Ibarra-Nava *et al.*, 2020).

Se han producido grandes cambios en la vida cotidiana de las personas (distanciamiento social, cuarentena, cambio de roles) y en sus condiciones de vida (situación laboral, reducción de los ingresos), al mismo tiempo que se mantiene la incertidumbre sobre la epidemia. Los trabajadores de la salud no están ajenos a esta situación, a la vez que deben mantener su trabajo en la atención directa de las personas que lo requieren. Como resultado, están sometidos a elevados niveles de estrés que pueden afectar en forma negativa su salud mental y otros aspectos de su vida (Sanchez *et al.*, 2020; Díaz de León-Martínez *et al.*, 2020).

Se ha descrito en otras experiencias previas de pandemias y eventos de salud (SARS, MERS, ébola, A H1N1) el impacto en la salud mental de los trabajadores de este sector, viéndose mermado y teniendo consecuencias severas en su desempeño personal y profesional, calidad de vida y estado de salud general (Ibrahim, 2020).

1 Instituto Jalisciense de Salud Mental "SALME".
2 Universidad de Guadalajara.
3 Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramon de la Fuente Muñiz".

COVID-19 Health Care Workers Study es una colaboración internacional con investigadores de 30 países, que busca evaluar los impactos de la pandemia actual en la salud mental de los trabajadores del sector proponer cursos de acción para esto.

El objetivo de este reporte es poner a disposición información rápida y relevante, con la finalidad de contribuir a la toma de acciones que se orienten a proteger la salud mental de los trabajadores sanitarios de nuestro país.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se realizó un reclutamiento con apoyo de algunos sectores de gobierno estatales y federales, invitaciones directas a los trabajadores de salud mediante correos electrónicos, mensajes, diversos medios de comunicación y colegios de Medicina del país.

Se utilizó un cuestionario en línea construido por un comité de expertos internacionales y basado en instrumentos cuyas propiedades psicométricas son conocidas. Posteriormente, dicho cuestionario fue adaptado al entorno mexicano para su mejor comprensión.

El reclutamiento inició el 19 de mayo del 2020 y concluyó el 24 de julio del mismo año, e incluyó a un total de 2,585 trabajadores en los servicios de salud.

Se consideró como “trabajador en los servicios de salud” a cualquier persona que trabajara en el sector salud, sin importar su profesión o actividad, pudiendo incluir a personal administrativo, mantenimiento o limpieza, así como al directamente relacionado con el manejo clínico de pacientes.

El 70% de los encuestados fueron mujeres y 30%, hombres. El rango de edad

fue de 18 a 68 años, con un promedio de 37.5 años y desviación estándar de 9.4.

De los participantes, 12.9% tiene estudios de nivel técnico especializado, 48.2% estudios universitarios y 37.6% estudios de posgrado.

Sobre el lugar de trabajo, 93.3% labora en el sector público, mientras que 6.7% lo hace en el privado. En la figura 1, se puede observar la distribución, expresada en porcentajes, de las profesiones o cargos que desempeñaron los encuestados.

Respecto al lugar de trabajo donde se desempeñan, 35.8% labora en un centro de salud no hospitalario, 53.1% en un centro de salud hospitalario, 6% en unidades administrativas fuera de un centro de salud. El 75% de los encuestados refiere que trabaja con población general.

Un dato a resaltar fue que desde el inicio de la pandemia y hasta el momento de la toma de esta encuesta, el 47.2% de los trabajadores de la salud tuvo que cambiar sus actividades o funciones debido a la pandemia.

MIEDOS Y PREOCUPACIONES

Para el análisis de los miedos y preocupaciones del personal de salud, se utilizó un cuestionario estandarizado.

Desde el inicio de la pandemia y hasta la fecha del cierre de la encuesta, únicamente le habían aplicado una prueba diagnóstica para COVID-19 al 10.6% de los participantes, con un resultado positivo el 2.5% de los encuestados; sin embargo, 36.8% mencionó que alguno de sus seres queridos ya había sido positivo.

Al 79.6% le preocupa mucho o muchísimo contagiarse de COVID-19, pero esta cifra aumentaba a 94.8% cuando se trataba del temor a contagiar a sus seres queridos.

Figura 1. Distribución de participantes de acuerdo con la profesión o cargo que desempeñan

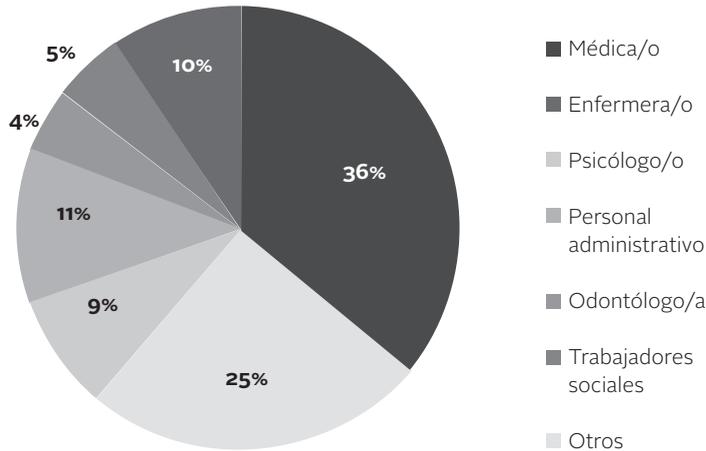
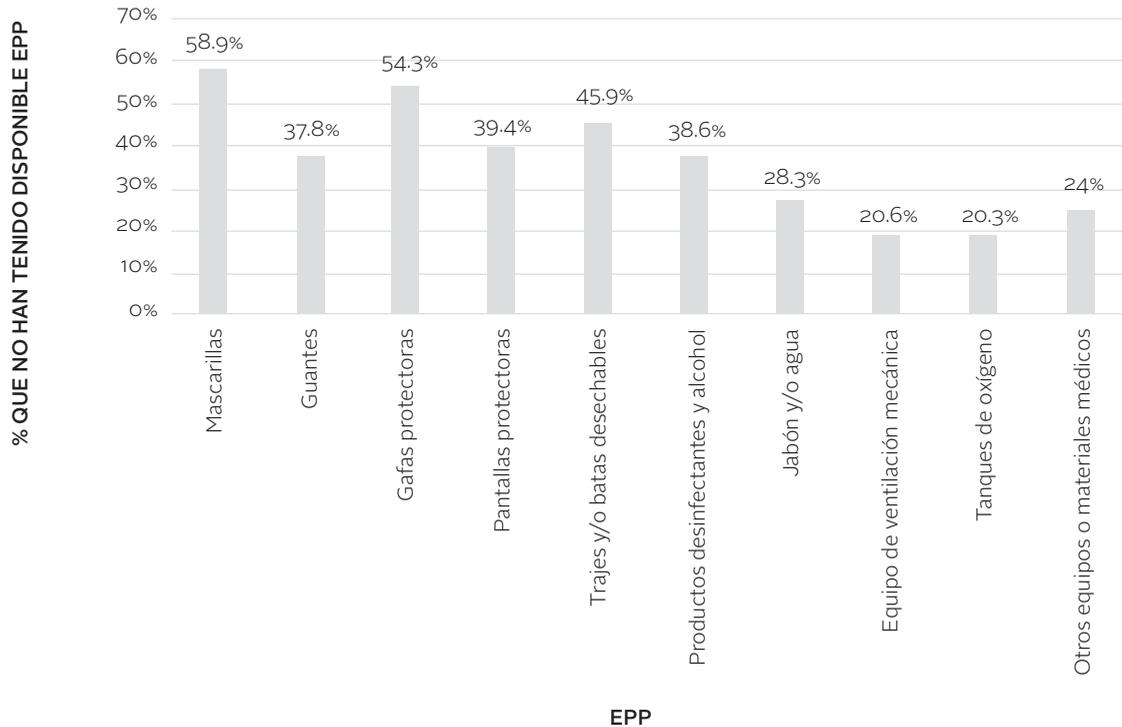


Figura 2. Equipo de protección personal requerido y sin disponibilidad por parte de los trabajadores en servicios de salud del país



Respecto a los equipos de protección personal (EPP), el 75.1% refirió que no es suficiente dicho equipo para realizar su trabajo de manera segura. En la figura 2 se puede observar a detalle los EPP que los trabajadores en servicios de salud consideran que han requerido pero que no han tenido disponibles desde que inició la pandemia.

En cuanto a la estigmatización por ser personal de salud durante la pandemia, el 54.2% refirió haberse sentido vulnerado, discriminado o en peligro, y el 24.4% mencionó ya haber sufrido algún tipo de violencia.

Respecto a la confianza que tienen los trabajadores hacia su centro de trabajo o hacia el Gobierno en cuanto al manejo de los protocolos de atención para la pandemia, el 50.2% mencionó tener sólo un poco de confianza o no tener nada con respecto a su centro de trabajo, mientras que el 66% refirió tener sólo un poco de

confianza o no tener nada en la capacidad del Gobierno para enfrentar la pandemia.

MALESTAR PSICOLÓGICO

Para el estudio del malestar psicológico se utilizó el *General Health Questionnaire*, en su versión de 12 preguntas (GHQ-12). Cada pregunta se refiere a la frecuencia y presencia de algún síntoma en la última semana.

Los resultados se presentan expresados en porcentaje en las tablas 1 y 2.

En este cuestionario se considera un dato significativo y a considerar como patológico si se encuentra presente en las primeras cinco preguntas las respuestas “algo más de lo habitual” y “mucho más de lo habitual”, mientras que para las últimas seis preguntas se considera anormal las respuestas “menos de lo habitual” y “mucho menos de lo habitual”.

Tabla 1. Resultados del estudio del malestar psicológico

Ítem	No en absoluto	No más de lo habitual	Algo más de lo habitual	Mucho más de lo habitual
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	22.6%	25.6%	37%	14.6%
¿Se ha notado constantemente agobiada/o y en tensión?	15.3%	24.7%	41.1%	18.8%
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	82.8%	7.7%	7.2%	2.1%
¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	55.1%	25.2%	19.6%	3.9%
¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?	39.4%	21.1%	31.3%	8%
¿Ha perdido la confianza en sí mismo/a?	68.1%	14.7%	13.5%	3.5%

Tabla 2. Resultados del estudio del malestar psicológico

Ítem	Más de lo habitual	Igual de lo habitual	Menos de lo habitual	Mucho menos de lo habitual
¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	41.9%	42.9%	11.4%	3.7%
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	24.2%	60.8%	12.5%	2.4%
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales durante el día?	7.3%	31.9%	36.5%	24.2%
¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace durante el día?	6.3%	53.6%	32.9%	7%
¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	10.8%	67.9%	17.5%	3.7%
¿Se ha sentido razonablemente feliz cuando considera todos los aspectos de su vida?	18.8%	57.3%	18.8%	5%

De este cuestionario, los síntomas más llamativos fueron: menor capacidad para disfrutar las actividades normales en el 60.7%, agotamiento constante en el 59.9%, pérdida del sueño con el 51.6%, disminución en la concentración en el 39.9% y sentirse poco feliz o deprimido en el 39.3%.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Para el estudio de los síntomas depresivos se utilizó el *Patient Health Questionnaire*, en su versión de nueve preguntas (PHQ-9) (Kroenke *et al.*, 2001). Cada pregunta se refiere a la presencia y frecuencia de algún síntoma en las dos semanas previas a la encuesta.

Se presentan los resultados expresados en porcentaje en la tabla 3.

Para los ocho primeros síntomas se considera anormal que estén presentes

en “más de la mitad de los días” o en “casi todos los días”. Por lo tanto, los tres síntomas más frecuentes son la sensación de falta de energía y cansancio (23%), las alteraciones del sueño (20%) y la falta o exceso de apetito (18.6%). En menor frecuencia se presentan el poco interés o placer por hacer las cosas (14.8%), dificultad con la concentración (10.8%) y moverse o hablar lento, inquieto o agitado (7.8%). La presencia de ideas o pensamientos suicidas fue del 6.2%.

Del total de personas encuestadas (n= 2,585) el 46.6% reportó sintomatología compatible con un trastorno depresivo mayor. Dentro de este grupo de personas (n= 1,204), la severidad de los síntomas se distribuyó de la siguiente manera: el 59.6% tuvo síntomas en el rango de depresión leve, 24.0% tuvo moderados, 10.6% en el rango de depresión moderada-grave y 5.7% síntomas graves.

Tabla 3. Resultados del estudio de los síntomas depresivos

Ítem	Ningún día	Varios de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer por hacer las cosas	52%	32.9%	9.6%	5.2%
Sentirse decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	54%	34.9%	6.6%	4.4%
Tener dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o dormir en exceso	41.2%	38.7%	10.2%	9.8%
Sentirse cansado/a o con poca energía	29.8%	47.1%	11.6%	11.4%
Sentirse sin apetito o comer en exceso	48.2%	33.2%	9.9%	8.7%
Tener dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	58.8%	30.3%	6.6%	4.2%
Moverse o hablar lento, o al contrario, estar muy inquieto/a o agitado/a o moviéndose más de lo normal	71.6%	20.5%	4.8%	3%
Haber pensado que estaría mejor muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna manera	93.5%	4.1%	1.2%	0.9%

Referente al estado de salud y consumo de sustancias, 8.1% mencionó haber tomado en las últimas dos semanas antidepresivos o ansiolíticos; sin embargo, el consumo de diversas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína) ha tenido una tendencia a la baja, a excepción del

consumo de sedantes o pastillas para dormir, que tuvo un ligero aumento (3.9%).

Entre los trabajadores de la salud, el 24.2% refirió haber necesitado algún tipo de apoyo psicológico, pero sólo 8.5% dijo haberlo recibido.

CONSIDERACIONES FINALES

Ésta es la primera publicación en formato reporte desarrollada por el grupo HEROES MÉXICO, en la cual se constataron y describieron elementos importantes que dan cuenta de la situación global a la que se enfrentan los trabajadores de la salud de nuestro país.

Dentro de los hallazgos, se encuentran cinco puntos a resaltar:

1. Cuatro de cada cinco encuestados tienen miedo a contagiarse por el virus de Covid-19, y casi todas las personas encuestadas tienen miedo a contagiar a un familiar.
2. Poco más de la mitad de las personas encuestadas refirió sentirse estigmatizada debido a la labor que desempeña como trabajador/a de la salud, y una de cada cuatro dijo haber sido víctima de algún acto de violencia por la misma razón.
3. Uno de cada dos trabajadores no confía en su centro de trabajo para el manejo de la pandemia, y dos de cada tres encuestados no confían en el manejo de la pandemia establecido por el Gobierno.
4. Tres de cada cuatro trabajadores refirieron que el equipo de protección personal proporcionado no era suficiente para la realización de sus labores.
5. Existe la presencia de malestar psicológico y síntomas depresivos en un importante porcentaje de los trabajadores de la salud encuestados, fenómeno que se encuentra íntimamente ligado a la afectación de las esferas sociales, laborales, interpersonales e intrapersonales de la población aquí descrita.

Estos resultados permiten visualizar la situación de la salud mental de los trabajadores de la salud, y la necesidad de hacerla una prioridad, hoy y siempre. Entenderla nos permitirá crear intervenciones dirigidas, estrategias específicas e incluso políticas públicas que salvaguarden su salud mental.

REFERENCIAS

1. **DÍAZ DE LEÓN-MARTÍNEZ, L., DE LA SIERRA-DE LA VEGA, L., PALACIOS-RAMÍREZ, A., RODRIGUEZ-AGUILAR, M. Y FLORES-RAMÍREZ, R. (2020).** Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *The Science of the total environment*, 733, 139357. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139357>
2. **IBARRA-NAVA, I., CARDENAS-DE LA GARZA, J. A., RUIZ-LOZANO, R. E. Y SALAZAR-MONTALVO, R. G. (2020).** Mexico and the COVID-19 Response. *Disaster medicine and public health preparedness*, vol. 14(4), e17-e18. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.260>
3. **IBRAHIM, S. (2020).** The Pandemic Century: A History of Global Contagion from the Spanish Flu to COVID-19. *Malaysian Orthopaedic Journal*, vol. 14(3), 209.
4. **KROENKE, K., SPITZER, R.L. Y WILLIAMS, J. (2001).** The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, vol. 16, 606-613.
5. **SANCHEZ, T., PEÑA, E. Y NG, B. (2020).** Mental health in the age of COVID-19, a Mexican experience. *Indian journal of psychiatry*, vol. 62(Suppl 3), S377-S379. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1048_20

Estrategia de capacitación en guía mhGAP al primer nivel de atención en Jalisco 2021

Dr. Jesús Alejandro Aldana López •

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción para Superar las Brechas en la Atención en Salud Mental (mhGAP) lanzado por la OMS (2008) identificó las áreas de oportunidad en las discrepancias que existen entre los recursos sanitarios disponibles y las necesidades de salud mental de la población, lo que generó sólidas evidencias sobre la eficacia de las diferentes estrategias de manejo disponible para los problemas de salud mental a través de un análisis riguroso y eficaz del estado, junto a la participación de expertos internacionales. Todo ello plasmado en la primera versión de la guía de implementación mhGAP publicada en 2010, destinada a vencer dichas brechas.

los recursos disponibles para tratar los problemas de salud mental. Se estima que una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, mientras que sólo una de cada 100 del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Es por ello que dentro de los objetivos principales de la guía mhGAP se encuentra el fortalecimiento del compromiso en los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (TMNS), y con ello lograr una cobertura mucho mayor de intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos.

47

NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

La importancia de una intervención educativa dirigida al desarrollo de las competencias necesarias para la atención primaria en salud mental radica en que aún subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y

Los médicos de cabecera tienen diferencias en la formación [de salud mental] según el país donde trabajan. Algunos son médicos de cabecera con formación específica en salud mental y/o estudios de posgrado en Medicina Familiar, mientras que en otros contextos —particularmente en países en vías de desarrollo— es más probable

que sean médicos internos o trabajadores comunitarios con escasa formación en salud mental. Por ello, tanto la guía mhGAP como la formación para su implementación deben personalizarse según las necesidades específicas de cada contexto. (Robles, 2019).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Derivado de la fusión del Acuerdo 09/II/CONASA/2019 y 10/II/CONASA/2010, generada desde la Comisión Nacional en Salud, se ha establecido como objetivo clave la capacitación en la guía mhGAP para el personal de atención primaria en salud de los estados, de manera que se cuente con las competencias mínimas necesarias para atender los principales TMNS y reducir las brechas de su atención

Por ello, el Instituto Jalisciense de Salud Mental (IJSM), en colaboración con el Colegio de Psiquiatras de Jalisco (CPJ), ha promovido esfuerzos para generar una estrategia estatal, la cual cuente con sólidas estrategias de intervención educativa que permitan alcanzar los objetivos de impacto real en la salud mental de las personas y su comunidad, mediante el estudio y diseño instruccional mejor adaptado a los recursos, contexto y necesidades particulares del territorio.

OBJETIVO DEL PROGRAMA EDUCATIVO

El objetivo principal es implementar un programa formativo para el desarrollo de competencias profesionales en el personal de atención primaria de los principales problemas de salud mental en la población, para reducir las brechas de atención y complicaciones derivadas. Sus objetivos específicos son (OPS, 2020):

- Conocer las técnicas de comunicación efectiva en las interacciones con las personas con trastornos MNS.
- Señalar y ejecutar acciones clave para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos MNS, en crisis humanitarias.
- Promover el respeto y la dignidad de las personas con trastornos MNS.
- Brindar lineamientos sobre la reducción del estrés y la importancia del fortalecimiento del apoyo social para el abordaje general de los trastornos MNS en contextos humanitarios.
- Plantear los principios de evaluación para identificar los trastornos MNS prioritarios.
- Conocer las intervenciones psicosociales recomendadas para las personas con trastornos MNS prioritarios y para sus cuidadores.
- Conocer los principios de manejo para personas con condiciones MNS prioritarias.

METODOLOGÍA

Se realizó un diseño instruccional *ad hoc*, entendido como el proceso sistémico, planificado y estructurado para producir cursos tanto para la educación presencial como en línea. Se fundamenta en las teorías del aprendizaje, desde los objetivos del aprendizaje hasta la evaluación formativa del proceso, permitiendo detallar las actividades del proceso de diseño, desarrollo, implementación y evaluación de propuestas formativas (Téllez, s.f.).

Se consideraron los criterios de Brennan (2004) para decidir los recursos a utilizar, los elementos situacionales y contextuales, así como las limitaciones

actuales para el diseño de la capacitación en la guía mhGAP:

- Condiciones de formación (urgencia, necesidad de resultados observables).
 - ▶ Se requiere el 100% del personal en atención primaria capacitado para resolver los principales problemas de salud mental para el año 2021.
- Características de los destinatarios.
 - ▶ Mujeres y hombres de distintas áreas formativas (Medicina General, Medicina Familiar, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, etcétera.), que brindan servicios de atención en salud primaria en las distintas unidades y jurisdicciones de Jalisco.
 - ▶ Universo: Mediante el análisis de la base nacional del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), con corte de cierre anual 2019 en Jalisco, se determinó un total de 63,013 médicos generales, odontólogos y especialistas, de los cuales 33,176 son médicos generales en atención primaria, mientras que se tienen registrados solo 513 psiquiatras. También se reportan 19,403 Médicos en adiestramiento, que incluyen pasantes de medicina, odontología, interno de pregrado, y residentes; Un total de 112,805 enfermeras en contacto con el paciente, 5,134 psicólogos, 4301 personas licenciadas en Trabajo Social, y 2899 técnicos en Trabajo Social, repartidos en los 125 municipios del Estado de Jalisco.
 - ▶ Puede existir una gran variabilidad en la edad, familiaridad con la educación a distancia y/o virtual, así como nivel de alfabetización digital con las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC).
- Recursos disponibles.
 - ▶ Humanos.
 1. El IJSM cuenta con departamentos de enseñanza y capacitación con experiencia en la capacitación en guía mhGAP, así como de su aplicabilidad en los servicios de atención en salud.
 2. El CPJ cuenta con un gremio de profesionales en salud mental altamente capacitados para brindar el seguimiento y tutoría requeridos en el desarrollo de las competencias para la implementación de la guía mhGAP.
 - ▶ Materiales.
 3. La contingencia sanitaria por COVID-19, y la extensión territorial a ser cubierta, dificultan en gran medida la capacitación presencial y el mantenimiento de una educación continua.
 4. Son bien conocidas las brechas para el acceso a equipos de cómputo que permitan el desarrollo de programas educativos y de capacitación. Por ello se vuelve imprescindible contar no sólo con los recursos institucionales, sino también reconocer los recursos personales para la optimización y aprovechamiento de los mismos en la población objetivo, como pueden ser sus dispositivos móviles y las aplicaciones de uso común en ellos.

- Características del contenido de la formación.
 - ▶ La guía mhGAP está dividida en diferentes módulos que pretenden abordar desde las generalidades de la atención en salud mental hasta condiciones específicas a reconocer y tratar (OPS, 2020).
 - ▶ Cada módulo inicia presentando sus objetivos pedagógicos; comprende preguntas de reflexión, actividades, y concluye con un resumen del módulo en forma de mensajes claves.

IDENTIFICACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO

Entendiendo que el propósito de la educación sea preparar ciudadanos en una sociedad en la que el acceso a la información y la toma de decisiones se convierten en los elementos distintivos de la educación de calidad (Bartolomé, 2004), la delimitación del modelo educativo se vuelve pertinente para la planeación y diseño de la estrategia que persiga alcanzar nuestro objetivo.

Los acelerados cambios producidos en la sociedad de la información y conocimiento, así como la aún vigente contingencia sanitaria, han hecho patente la necesidad de conformar los tipos de tecnologías para la enseñanza superior. La investigación y educación profesional que se precisará para el horizonte de este siglo demandan el aprovechamiento de las nuevas tecnologías en los modelos educativos, que éstos incorporen las herramientas virtuales pertinentes para la transmisión de conocimientos y que permitan la exploración de una oferta educativa continua, diversificada, cíclica, flexible, abierta y a distancia, orientada al desarrollo de planes de estudio más

cortos, menos academicistas y más prácticos (Laborí y Oleagordia, s.f.).

El aprendizaje virtual o *e-learning* es un modelo de organización del aprendizaje adecuado a los sistemas de organización del aprendizaje de enseñanza a distancia, un modelo que responde a las necesidades de sólo una parte de la población objetivo y que tendrá sus límites, por lo que la consideración del aprendizaje mixto o mezclado (*b-learning*) podría complementar las previas sesiones presenciales por sesiones en línea sincrónicas, a manera de establecer interacción periódica entre estudiantes y profesores como mecanismo de guía y tutoría, y reducir la elevada “mortandad” entre los estudiantes de la educación a distancia, que depende de factores en el estilo de aprendizaje independiente, habilidades de lectoescritura, capacidad de organizar el trabajo, autodisciplina, el grupo como soporte para la comunidad personal y la exigencia de la asistencia periódica como recurso que mantiene el sentimiento de “estar estudiando” y evitar la pérdida del ritmo y el abandono (Bartolomé, 2004).

TEMARIO Y CRONOGRAMA

Debido a la carga temática, la necesidad de desarrollar las competencias profesionales suficientes para la atención en salud mental primaria y la búsqueda por establecer un sistema de información y comunicación sustentable entre alumnos y profesorado, se diseñó una distribución y temporalidad suficientes que permitan la revisión de los contenidos y materiales, seguimiento tutorial, esclarecimiento de dudas y exposición de manejo de casos identificados durante el desarrollo de la capacitación y posterior a ésta.

Para la revisión y estudio independiente de los contenidos

INFORMATIVA

Contenido Temático	Actividades	Fecha y horario	Responsable
Presentación general del curso mhGAP	Sesión general a distancia en vivo	13 de enero, 21:00	IJSM/CPJ
Prácticas y principios esenciales de salud (PPE)	Revisión de materiales	18 al 29 de enero	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
	Sesión general a distancia en vivo	27 de enero, 21:00	
	Evaluación	29 de enero	
Estrés agudo (EAG)	Revisión de materiales	1 al 12 de febrero	Dra. Raquel Román
	Sesión general a distancia en vivo	10 de febrero, 21:00	
	Evaluación	12 de febrero	
Duelo (DUE)	Revisión de materiales	15 al 26 de febrero	
	Sesión general a distancia en vivo	24 de febrero	
	Evaluación	26 de febrero	
Depresión (DEP)	Revisión de materiales	1 al 12 de marzo	Dr. Gerardo Díaz Sánchez
	Sesión general a distancia en vivo	10 de marzo, 21:00	
	Evaluación	12 de marzo	
Trastorno bipolar	Revisión de materiales	19 al 30 de marzo	Dr. Hugo Delfino Castellanos Martín
	Sesión general a distancia en vivo	28 de marzo, 21:00	
	Evaluación	30 de marzo	
Repaso trimestral	Sesión general a distancia en vivo	14 de abril, 21:00	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Ansiedad	Revisión de materiales	19 al 30 de abril	Dra. Thelma S. Sánchez Villanueva
	Sesión general a distancia en vivo	28 de abril, 21:00	
	Evaluación	30 de abril	
Suicidio (SUI)	Revisión de materiales	3 al 14 de mayo	Dr. Flavio Miramontes Montoya
	Sesión general a distancia en vivo	12 de mayo	
	Evaluación	14 de mayo	
Uso nocivo de sustancias (SUS)	Revisión de materiales	17 al 28 de mayo	Dr. Sergio Iván Campos González
	Sesión general a distancia en vivo	26 de mayo, 21:00	
	Evaluación	28 de mayo	
Psicosis (PSI)	Revisión de materiales	31 de mayo al 11 de junio	Dra. Cecilia Lara
	Sesión general a distancia en vivo	9 de junio, 21:00	
	Evaluación	11 de junio	

Contenido Temático	Actividades	Fecha y horario	Responsable
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Revisión de materiales	14 al 25 de junio	Dra. Raquel Román
	Sesión general a distancia en vivo	23 de junio, 21:00	
	Evaluación	25 de junio	
Repaso trimestral	Sesión general a distancia en vivo	30 de junio, 21:00	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Epilepsia y crisis epilépticas (EPI)	Revisión de materiales	5 al 16 de julio	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
	Sesión general a distancia en vivo	14 de julio, 21:00	
	Evaluación	16 de julio	
Discapacidad intelectual (DI)	Revisión de materiales	19 al 30 de julio	Dr. Miguel Ángel Flores Tinajero
	Sesión general a distancia en vivo	28 de julio, 21:00	
	Evaluación	30 de julio	
Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente (MECON)	Revisión de materiales	2 al 13 de agosto	Dr. Miguel Ángel Flores Tinajero
	Sesión general a distancia en vivo	11 de agosto, 21:00	
	Evaluación	13 de agosto	
Demencia (DEM)	Revisión de materiales	16 al 27 de agosto	Dr. Juan Fernando Ville Corona
	Sesión general a distancia en vivo	25 de agosto	
	Evaluación	27 de agosto	
Otros síntomas emocionales importantes (OTR)	Revisión de materiales	30 de agosto al 10 de septiembre	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
	Sesión general a distancia en vivo	8 de septiembre, 21:00	
	Evaluación	10 de septiembre	
Repaso trimestral	Sesión general a distancia en vivo	22 de junio, 21:00	Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Evaluación final	Evaluación final	20 de septiembre al 1 de octubre	
Publicación de resultados	Entrega de constancias	11 de octubre	IJSM + CPJ

temáticos y materiales virtuales, se dispondrá de dos semanas por unidad, dentro de las cuales se tendrá una sesión de enlace virtual sincrónico en vivo el miércoles previo a la fecha límite para realizar la evaluación de la unidad, y cada trimestre a manera de repaso general.

MATERIALES Y CONTENIDOS VIRTUALES

El desarrollo de la revisión del contenido temático por unidades podrá incorporar el uso de materiales virtuales generados desde cada equipo de trabajo docente y tutorial, reconociendo los siguientes elementos (Roquet, 2010):

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAJE (AVA). Mediante la generación de un grupo cerrado de Facebook que permita identificar a los miembros que se suscriben y sus perfiles profesionales para la recepción, contribución, tutoría, seguimiento y mantenimiento de la capacitación mhGAP (ver referente teórico).

ENTORNO VIRTUAL DE APRENDIZAJE (EVA). Comprenderá tanto un grupo de Facebook como de un sitio *web* único que sirva de guía cronológica y como repositorio virtual de los contenidos, explicaciones en video, documentos, enlaces de conexión a sesiones sincrónicas y soportes propios del entorno enseñanza-aprendizaje, como publicaciones de los resultados de las evaluaciones y desempeño general del curso por unidades y jurisdicciones, para su monitoreo y alcance de los objetivos.

OBJETOS VIRTUALES DE APRENDIZAJE (OVA). Incluyen tanto los materiales y documentos elementales de la guía mhGAP, como los videos explicativos,

juegos didácticos y sencillos silumadores, mediante Prezzi, Powtoon y Genially, que promuevan la comprensión de nuevos conceptos y vocabulario, así como de habilidades y competencias a desarrollar.

AULA INTERACTIVA DE APRENDIZAJE (AIDA). Integrará como base el repertorio de contenidos temáticos, así como las actividades desarrolladas vía Meet, Zoom, y/o Facebook Live, incluyendo los formularios para la evaluación automatizada de las unidades y administración de calificaciones.

REFERENTE TEÓRICO

Sistema educativo

Las necesidades de capacitación, actualización continua, profesionalización y formación de recursos humanos en salud mental, requieren establecer un sistema educativo sensible, desde un polo abierto que interactúa con el entorno social, político, cultural y económico, hasta un polo cerrado operante, conducido bajo esquemas de medición, evaluación y corrección de sus resultados. Es justo desde esta vertiente cerrada que las técnicas informáticas derivadas de las TIC permiten coadyuvar a la gestión y administración del sistema educativo y su estructura organizativa mediante la utilización de diversos recursos aplicados, según criterios y normativas para alcanzar los objetivos que se le adscriben, con un grado controlable de discrepancia (Laborí y Oleagordia, s.f.).

Un sistema educativo contemporáneo que responda a las necesidades actuales e incorpore los nuevos enfoques pedagógicos deberá comprender diversos elementos para su planeación y ejecución (Laborí y Oleagordia, s.f.):

- Investigación y desarrollo para analizar y definir las necesidades de innovación con el objeto de orientar una política de investigación de nuevos métodos y sistemas, más aplicados que académicos.
- Eficacia financiera, en el sentido de diversificación de fuentes de financiación y desarrollo de proyectos sustentables.
- Sistematización de la planificación, elaborando metodologías que permitan enlazar el sistema educativo con la planificación del sistema socioeconómico y la política de desarrollo científico.
- Cooperación internacional que fomente el intercambio de información, experiencias y soluciones innovadoras, que refuerce los recursos nacionales y elimine discriminaciones.
- Acuerdos de cooperación interinstitucional en el diseño, implantación y mantenimiento de bases y bancos de datos educacionales.
- Establecimiento de funciones y comités de asesoramiento en cuestiones de estandarización.
- Experimentación de núcleos de trabajo en gestión que operen con mentalidad de red (*networking*).

AMBIENTE DE APRENDIZAJE

Los valores, la organización, los espacios de interacción real o virtual, la resolución de conflictos y dudas, la expresión emocional, la protección proporcionada al alumnado, entre otros aspectos, configuran el modo de convivencia que influye en la calidad de los aprendizajes, en la formación del alumnado y en el ambiente educativo.

Es por ello que el aprovechamiento de los espacios y los elementos, para apoyar directa o indirectamente al aprendizaje, requiere de las interacciones entre los alumnos y maestros, reconociendo en estos últimos su rol transformador del aula y el ambiente de aprendizaje reflejado a través de su toma de decisiones, apertura y coherencia entre su discurso democrático y su actuar, de la problematización y reflexión crítica que realizan de su práctica y su lugar frente a los otros, actuando como mediadores entre las experiencias de los alumnos y los saberes teórico-prácticos que habrán de construir. Por ello, el papel de estas relaciones interpersonales es determinante para el clima de convivencia y promover el aprendizaje entre los miembros de una comunidad educativa (Téllez, s.f.).

En este sentido, el aprendizaje abierto, en función de las ecologías del aprendizaje que postulan que aprendemos toda la vida y en cualquier momento, aprovecha y se enriquece de las concepciones del aprendizaje formal e informal en la medida en que se incrementan los canales de información y comunicación, cultivando repositorios históricos de contribución al aprendizaje, donde la persona tiene la autonomía para explorar los contenidos accesibles en la red para aprender.

Hoy en día las redes sociales son los medios para comunicarse a grandes distancias y la diversidad de herramientas que acompañan la convivencia de las personas. Cuando los vínculos entre usuarios tienen un interés en común, se crean comunidades virtuales, las cuales han sido utilizadas para propósitos educativos, ya que favorecen la publicación de información, el aprendizaje autónomo y, el trabajo en equipo, la comunicación y realimentación, el acceso y el contacto con

otros expertos y grupos, lo cual facilita el aprendizaje constructivista y el aprendizaje colaborativo (Gómez, 2012).

La Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI), en su estudio *MKT Digital y Redes Sociales en México 2012*, señala que de 3,104 usuarios de internet mexicanos encuestados de diversos rangos de edad y niveles socioeconómicos, sólo el 10% indicó no usar redes sociales, y el resto está en un rango de tres a más de cinco años de uso de redes sociales, siendo Facebook la que más acceso tiene, con un 90% de usuarios mexicanos inscritos, quienes en su mayoría son de 12 a 17 años, seguida de Youtube con un 60% en edades de 18 a 24 años. Si bien el dinamismo en la actividad de estos espacios provoca que estas cifras sean obsoletas en cuestión de días, estos datos permiten reconocer las redes en las que la población objetivo puede encontrarse ya involucrada y conocer bien sus herramientas (Téllez, s.f.).

Aunque se reconoce a las redes sociales como una potente herramienta educativa, es importante clarificar los objetivos de enseñanza a alcanzar, ya que sería un error inferir que pueden resolver automáticamente cualquier situación docente. Algunas de las aplicaciones de su incorporación son (De Haro, 2011: 6):

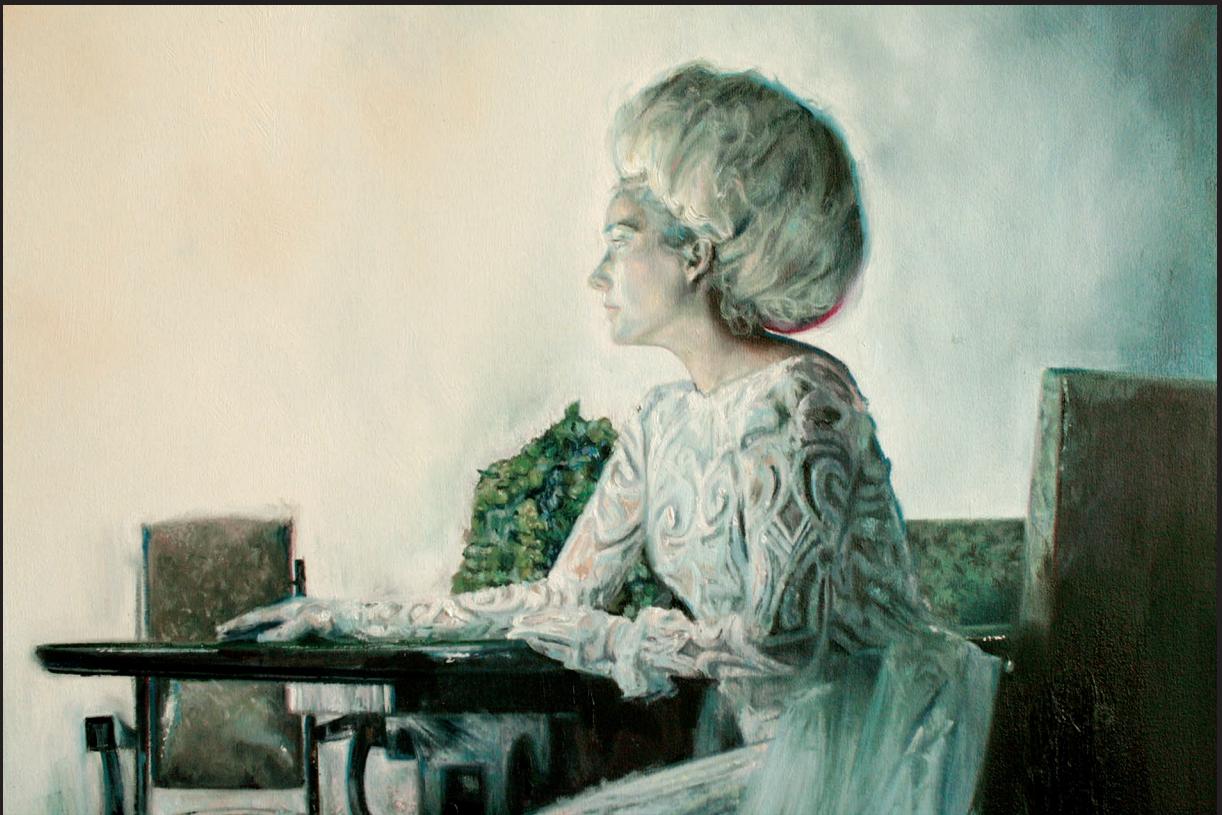
- **Institucional.** Esta opción permite una gran riqueza en el intercambio de información, y en la formación de comunidades de diversos tipos, entre grupos, unidades de atención sanitaria, jurisdiccionales, interinstitucionales, etcétera. Adicionalmente, genera un sentido de pertenencia por parte de todos los involucrados.

- **Materia o asignatura.** Éstas permiten llevar a cabo la comunicación entre profesor y estudiantes. De esta forma, el profesor puede enviar tareas o fechas de entrega, publicar contenidos multimedia que apoyen su actividad docente; por su parte, los estudiantes pueden desarrollar y entregar trabajos individuales o en equipo, así como consultar dudas.
- **Asesorías.** Éste es un subgrupo del anterior, en el que el objetivo se acota a la solución de dudas o problemas que presenten los estudiantes en relación con la clase o con las tareas y trabajos asignados.
- **Noticias.** Éste también es un subgrupo, y permite la difusión de mensajes por parte del docente. Se publican las actividades para los estudiantes, las fechas de entrega de trabajos o de los siguientes exámenes.
- **Estudiantes.** La riqueza que brinda esta opción es que facilita la autonomía, la colaboración en equipo entre ellos, el estudio grupal y la solución de tareas.

REFERENCIAS

1. **BARTOLOMÉ, A. (2004).** Blended learning. Conceptos básicos. Pixel Bit. *Revista de medios y educación*. 23. Universidad de Barcelona. Recuperado de http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articuloshtml/04_blended_learning/documentacion/1_bartolome.pdf
2. **DE HARO, J.J. (2010).** *Redes Sociales en Educación*. [En línea]. Disponible en: http://danzanet.org/data/2011/10/21/35/file/1319411880redes_sociales_educacion.pdf
3. **GÓMEZ, M., ROSES, S. Y FARÍAS, P. (2012).** El uso académico de las redes sociales en universitarios. *Comunicar*, No. 38, Vol. XIX, 2012, [En línea] *Revista Científica de Educomunicación*, ISSN: 1134-3478. Año 2012. Pp. 131-138. Disponible en: <http://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=38&articulo=38-2012-16>
4. **LABORÍ, B. Y OLEAGORDIA AGUIRRE, I. (S.F.).** Estrategias educativas para el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en <http://rieoei.org/deloslectores/Labori.PDF>
5. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2008).** Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
6. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2020).** *Curso Virtual - mhGAP Humanitario - COVID-19*. Recuperado de <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-mhgap-humanitario-2020>
7. **ROBLES, R., LOPEZ-GARCIA, P., MIRET, M., CABELLO, M., CISNEROS, E., RIZO, A., AYUSO-MATEOS, J.L. Y MEDINA-MORA, ME. (2019).** WHO-mhGAP Training in Mexico: Increasing Knowledge and Readiness for the Identification and Management of Depression and Suicide Risk in Primary Care. *Archives of Medical Research*, 50(8), 558-566. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.008>
8. **ROQUET G. (2010).** *Diccionario de educación a distancia*. Recuperado de http://terminologiaedudist.blogspot.mx/2010/08/diccionario-de-educacion-distancia_19.html
9. **TÉLLEZ, N. (S.F.).** *Ensayo sobre el diseño de ambientes de aprendizaje*. Recuperado de <http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n3/e3.html#r1>
10. **VALENZUELA, R. (2013).** Las redes sociales y su aplicación en la educación. *Revista Digital Universitaria*, Vol. 14 Núm. 4. Recuperado en <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art36/art36.pdf>

Confinamiento
conmigo
misma



SOFÍA MARTÍN



SOFÍA MARTÍN

Es licenciada en Diseño de Modas y estudiante de la licenciatura en Artes Visuales para la Expresión Plástica en la Universidad de Guadalajara. El trabajo de Sofía Martín se ha presentado en varios recintos estatales, como el Museo Cabañas y el Palacio Municipal de Zapopan, pero también ha expuesto en el extranjero, como en el Tokyo Designers Week, Las Mejores Ilustraciones Latinoamericanas 2016 de la Universidad de Palermo y la Muestra de Moda Mexicana llevada a cabo en Barcelona en 2017.

Entre sus influencias están el español Baldomero Romero Ressendi y el brabantón Pieter Brueghel el Viejo. Su técnica predilecta es el óleo, debido a la libertad que presenta y a las diferentes texturas que brinda. Las principales inspiraciones de Sofía están en el sentir, en sus preocupaciones, el autoconocimiento, la soledad, la depresión, las protestas, así como el acoso sexual. “Me inspira el amor y el desamor, aprender a dejar ir una y otra vez”.





La muñeca abandonada



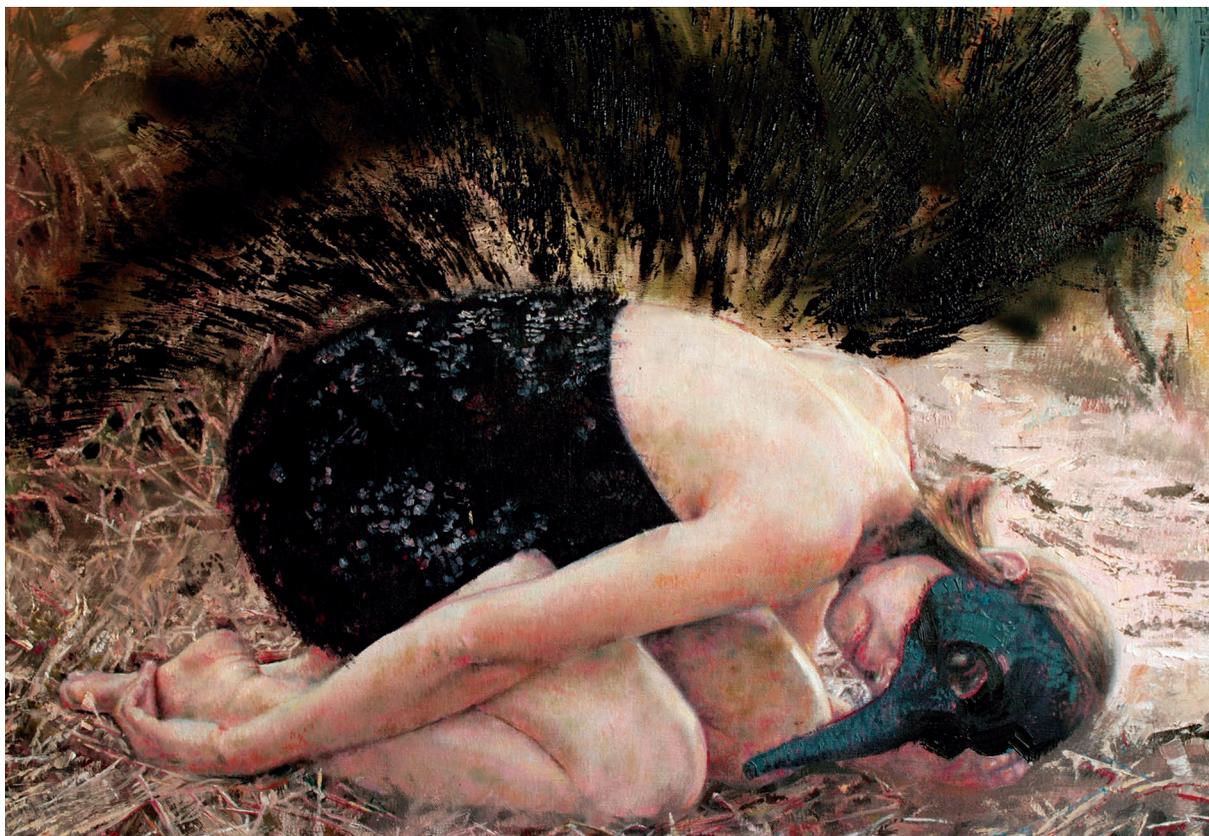
Lo que me trajo la cuarentena



La madonna dormida



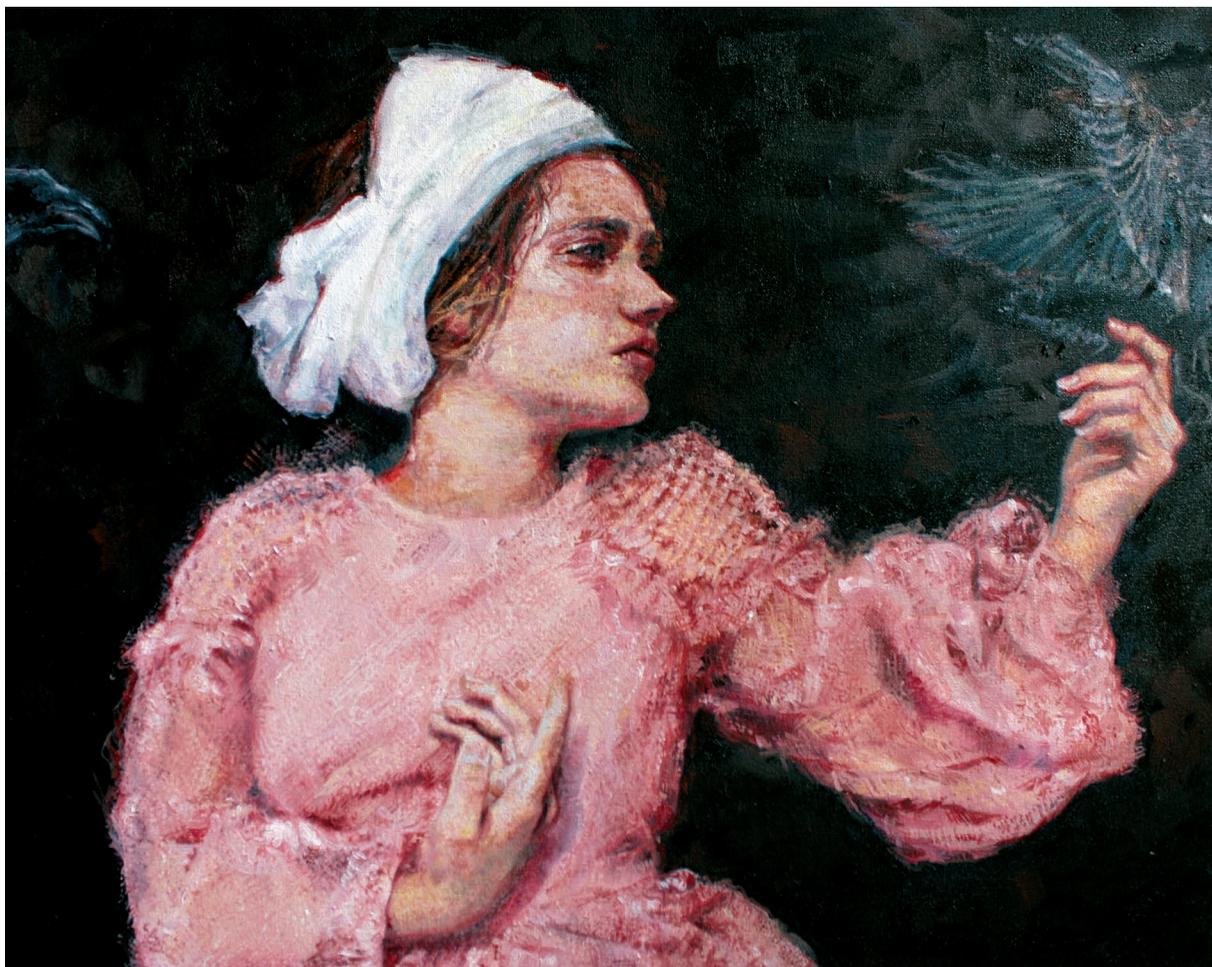
Mis fantasmas no me dejan dormir



Después de la batalla



Cerdos



El vuelo del cuervo

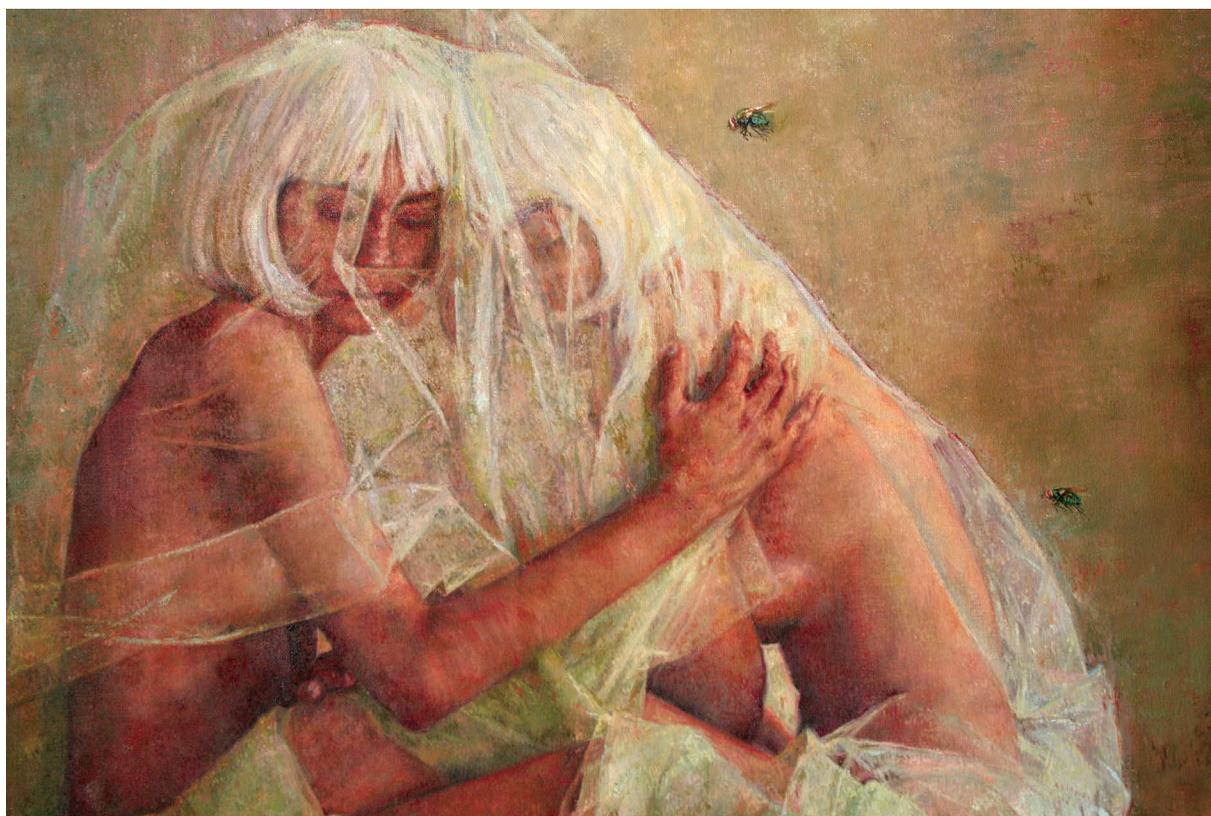


Doble moral





Pintura de autoayuda

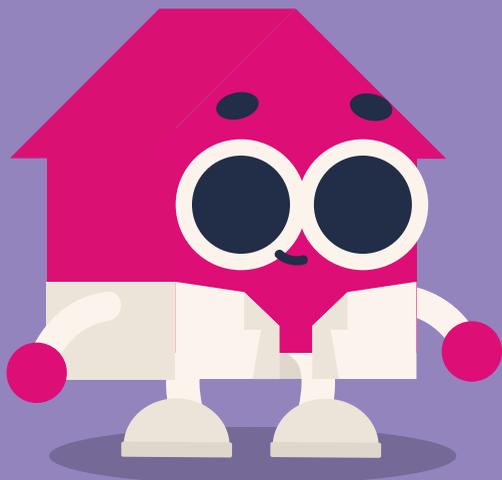


Plantas en el estudio

SIGUIENTE: **El fantasma de mi bisabuela**



Profesional de la salud

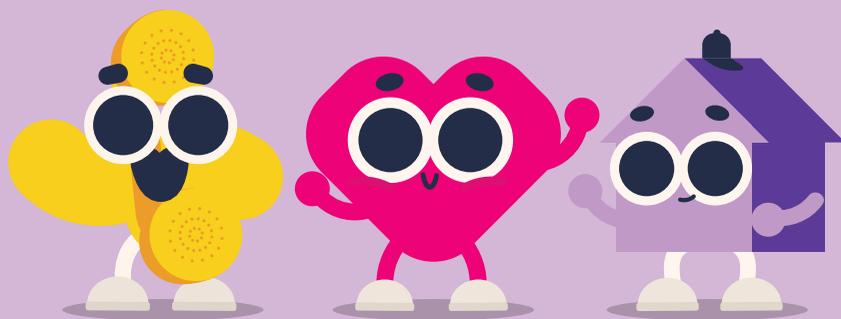


Paramédicos, seguridad, enfermería, psicología, trabajo social, archivo, cocina, mantenimiento, medicina, administración.

Mantente en forma emocional durante esta emergencia sanitaria por COVID-19, **si necesitas ayuda,**

queremos escucharte, llámanos al:

075 24 hrs. 365 días al año.



Si necesitas ayuda emocional o psicológica, queremos escucharte, llámanos al:

075 24 hrs. 365 días al año.



La LÍNEA MÁS COMPLETA
de **ANTIDEPRESIVOS**



www.contigoenmente.com

Sertex[®]
Sertralina

Certeza y Experiencia
que respaldan

Fluoxac[®]
Fluoxetina



PRECISIÓN EN EL TRATAMIENTO
DE LA **DEPRESIÓN**

Selective[®]
Escitalopram



Rápido y Selectivo

Rem[♪]cital[®]
Citalopram



LA VIDA EN ARMONÍA

Xerenex[®]
Paroxetina



El camino a la **Serenidad**



CUANDO EL OBJETIVO ES CLARO,

ARQUERA[®] ESTÁ DE SU LADO
Duloxetina

Adefaxin XR[®]
Venlafaxina



MÁS TIEMPO EN ACCIÓN

Talpramin[®]
Imipramina

LE DA UN **GIRO** A LA **DEPRESIÓN**



Anapsique[®]
Amitriptilina



Te permite **AVANZAR**

Alzam[®]

alprazolam

siempre cerca

Variedad de presentaciones
siempre disponibles para sus pacientes.



Tabletas
birranuradas

el regreso a la **calma**

Kriadex[®]

clonazepam

El tratamiento efectivo
contra la ansiedad



Tabletas
Birranuradas