

Diálogo deliberativo con universidades iberoamericanas sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19

Juan Pablo Zapata-Ospina,¹ Daniel Felipe Patiño-Lugo,² Paola Andrea Ramírez-Pérez,² Isabel Cristina Marín-Orozco,² Pamela Velásquez-Salazar,² Viviana María Vélez-Marín² y David García-Arias²

Forma de citar

Zapata-Ospina JP, Patiño-Lugo DF, Ramírez-Pérez PA, Marín-Orozco IC, Velásquez-Salazar P, Vélez-Marín VM, et al. Diálogo deliberativo con universidades iberoamericanas sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.45>

RESUMEN

Objetivo. Contextualizar una síntesis de evidencia sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) por medio de un diálogo deliberativo con universidades iberoamericanas.

Métodos. Se realizó previamente una síntesis de evidencia y un diálogo sincrónico, que consistió en la discusión en subgrupos acerca del diseño y aplicación de las intervenciones en salud mental. Se realizó un análisis de datos dialógicos y se sintetizó por temas.

Resultados. Cincuenta y siete miembros de 17 universidades iberoamericanas públicas y privadas participaron en el encuentro. En el diseño de las intervenciones, se percibe la salud mental como desatendida, y visibilizada con la pandemia. La detección de necesidades es la que orienta las intervenciones y rara vez se utiliza evidencia científica para diseñarlas. Se considera importante conformar un equipo interdisciplinario con capacitación continua para diseñar un programa específico, que cubra también familias y personal docente y administrativo. En la aplicación, existen problemas como la saturación de los servicios por la alta demanda y la falta de recursos básicos de los estudiantes. Es innegable la influencia del contexto macro e institucional por la disposición de recursos. El diálogo fue percibido como oportunidad para construir un consolidado nuevo de intervenciones.

Conclusiones. Este diálogo permitió enriquecer la descripción de intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19 ya descritas en la literatura, aunque llevarlas a la práctica en nuestro contexto supone hacer frente a la deuda por la desatención previa y las altas necesidades básicas insatisfechas.

Palabras clave

Salud mental; servicios de salud para estudiantes; estudiantes; COVID-19; política informada por la evidencia.

La pandemia de COVID-19 ha producido un efecto psicológico que se expresa como trastornos mentales con riesgo suicida e incremento del consumo de drogas (1-3). Esto puede verse a mayor escala en América Latina, dadas las condiciones desfavorables preexistentes como la pobreza y el desempleo (4,5). Los estudiantes universitarios se consideran una población

vulnerable, pues hasta 20% ya presentaban trastornos mentales antes de la pandemia (6,7) y, tras su inicio, han aumentado los síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión (8,9). Por este motivo, se han propuesto estrategias de salud mental estudiantil como la creación de programas estructurados (10,11).

¹ Instituto de Investigaciones Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ✉ Juan Pablo Zapata-Ospina, juanp.zapata@udea.edu.co

² Unidad de evidencia y deliberación para la toma de decisiones, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Dado que se trata de varias estrategias, las síntesis rápidas de evidencia pueden ser útiles porque realizan una revisión sistemática simplificada y producen una evidencia que está rápidamente disponible (12). Nuestro grupo elaboró la síntesis rápida *Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19* (13) con el objetivo de resumir las intervenciones que pueden desarrollarse en las universidades. Sin embargo, estas síntesis requieren un análisis adicional que incluya los factores contextuales que influyen en su aplicación (14). Es necesario discutir con los actores de un territorio específico para contextualizar la evidencia; esto le otorga legitimidad social a las decisiones basadas en evidencia (12) y le resta rigidez tecnocrática a los hallazgos de la literatura, además de conferirle más realismo (15).

Una de las formas de contextualización recomendadas es el diálogo deliberativo (16), que constituye una estrategia de transferencia del conocimiento generado en investigación hacia la toma de decisiones y la formulación de políticas (17). Consiste en la reunión de las partes involucradas en un problema de salud para abordar la evidencia sobre las soluciones (18). Precisamente, durante la pandemia de COVID-19 se ha reclamado una diseminación rápida de evidencia, que se acompañe del trabajo integrado entre organizaciones de diversa índole para coordinar la investigación y la experiencia individual (19).

Este estudio busca contextualizar una síntesis de evidencia sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19 por medio de un diálogo deliberativo con los responsables de tomar o aplicar decisiones sobre este tema en distintas universidades iberoamericanas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un diálogo deliberativo, estrategia reconocida dentro de la investigación cualitativa (20) y que guía la ponderación de evidencia científica sensible al contexto (17). Previamente, se había elaborado una síntesis de la evidencia y luego se llevó a cabo un encuentro con miembros de universidades iberoamericanas. Se aclaró que no se pretendía emitir juicios de valor sobre lo que cada universidad había realizado.

Síntesis de evidencia prediálogo

Se elaboró una síntesis de la evidencia que en temas complejos es heterogénea y abarca documentos empíricos, teóricos, declarativos o políticos (21). Se quiso resolver la pregunta: ¿cuáles acciones en torno a la promoción y prevención de la salud mental, la atención de síntomas mentales y adaptaciones pedagógicas pueden desarrollarse con el fin de mejorar la salud mental de sus estudiantes? Se identificaron y seleccionaron publicaciones sobre el tema y se sintetizó la información en los focos de promoción y prevención en salud mental, atención de síntomas mentales y adaptaciones pedagógicas (13).

Diálogo deliberativo

Preparación. La convocatoria se realizó con la Asociación Columbus, agencia de cooperación internacional que reúne 46 universidades latinoamericanas y europeas y fue dirigida a los responsables de los servicios de bienestar estudiantil en las instituciones.

CUADRO 1. Evaluación modificada de paneles ciudadanos de Oregón^a

Ítem a evaluar	Posible calificación
1. Dimensión: rigor analítico Se estudió la información básica Se examinaron las creencias subyacentes Se consideraron todas las respuestas y alternativas Se midieron los pros y contras	Excelente: supera con creces las expectativas.
2. Dimensión: proceso democrático Se dio la oportunidad de participar de forma equitativa Se mostró comprensión de la información Se consideraron todos los puntos de vista de los asistentes Hubo respeto mutuo entre los asistentes	Bueno: es adecuado, pero aún tiene margen de mejora Aceptable: se cumplió apenas con el estándar mínimo Regular: el desempeño es inadecuado Fallido: fracaso, se consideraría "antidiliberativo"
3. Dimensión: declaraciones razonables Se hicieron síntesis bien formadas del proceso de decisión El proceso no fue coercitivo	

^aUtilizada para valorar la calidad del diálogo deliberativo con representantes de universidades iberoamericanas sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19.
Fuente: elaborado a partir de la referencia (22).

Procedimientos. Se envió la síntesis de evidencia a los participantes con tres semanas de anticipación para favorecer un "diálogo más equitativo" (18). Se envió un cuestionario para la caracterización y se realizaron preguntas abiertas y cerradas sobre las acciones en salud mental que ha llevado a cabo cada universidad. Luego se realizó un encuentro sincrónico de cinco horas de duración por la plataforma de videochat Zoom[®] en el que se presentó un resumen de la síntesis y se conformaron tres subgrupos al azar que, de forma simultánea, discutieron cómo se han diseñado las intervenciones en salud mental y los problemas que han surgido en su aplicación, los beneficios percibidos y los recursos requeridos. Después se socializaron los resultados con todos los participantes y se consultó la percepción sobre el diálogo.

Cada subgrupo fue dirigido por un miembro del equipo investigador. Otro miembro tomó notas y evaluó la calidad del diálogo utilizando la evaluación modificada de paneles ciudadanos de Oregón (22) (cuadro 1).

Análisis

Se analizaron notas de campo, grabaciones del encuentro, y respuestas escritas y verbales de los participantes (23). Se buscó comprender los factores contextuales que influyen en el diseño, la ejecución y la evaluación de las acciones de salud mental y en no llegar al consenso de la primacía de alguna de ellas. Se utilizó el análisis de datos dialógicos propuesto por Plamondon (24), así: 1) se discutieron los mismos asuntos en subgrupos con un número reducido de individuos para favorecer la participación y 2) se sintetizó la información de cada grupo, socializada luego con el grupo pleno para realizar un nuevo bucle de análisis y

síntesis. Dos investigadores de manera independiente realizaron un análisis temático teniendo en cuenta como categorías *a priori* el diseño de las intervenciones dentro de la institución, su aplicación y evaluación, los factores contextuales que influyen en estas decisiones y la percepción sobre el diálogo deliberativo. Por último, los investigadores se reunieron para sintetizar la información.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Antioquia (Colombia). Se trabajó solo con las transcripciones de las grabaciones y se omitieron los nombres para garantizar la confidencialidad.

RESULTADOS

Se registraron 96 participantes de 21 universidades públicas y privadas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Portugal y Venezuela. Según su papel, fueron 55 tomadores de decisiones sobre los servicios para estudiantes (jefes y psicólogos de bienestar estudiantil) y 41 que no estaban directamente relacionados (profesores y administrativos de áreas afines). Del total de inscritos, 82 diligenciaron el cuestionario inicial, y en el diálogo sincrónico participaron 57 inscritos de 17 universidades (cuadro 2). Se conformaron tres subgrupos de 19 integrantes.

Calidad del diálogo

En rigor analítico, el diálogo fue calificado como bueno en la consideración de respuestas y excelente en los demás ítems. En el proceso democrático, la oportunidad de participar fue aceptable por la limitación del tiempo para permitir la extensión de las intervenciones; el resto fue excelente. Con respecto a las declaraciones, se consideró como excelente la síntesis de lo discutido y sin coerción.

Diseño de intervenciones en salud mental

La salud mental como asunto desatendido y la pandemia como catalizadora de su visibilización: la atención en salud mental dentro de las universidades es percibida como asunto de vital importancia desatendido. Antes de la pandemia, las necesidades eran altas y en muchas no se tenía un programa de asesoría psicosocial. Con la pandemia estas necesidades incrementaron ostensiblemente, pero se privilegiaron los temas del riesgo de contagio y las adaptaciones administrativas para continuar lo académico: “Lo psicosocial es un aspecto que los ministerios no contemplan de una manera importante... Al inicio de la pandemia, la universidad se enfocó en otros temas y apenas se están implementando acciones en la salud mental...”

CUADRO 2. Características de los representantes (n = 57) de 17 universidades que participaron del diálogo deliberativo sincrónico sobre salud mental estudiantil durante la pandemia COVID-19

Característica	Número (%)
Perfil	
Jefes o coordinadores de servicios estudiantiles	16 (28,1)
Profesionales del área de atención a estudiantes (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales)	30 (52,6)
Profesores o investigadores	11 (19,3)
Universidad que representa	
Argentina	
Universidad Nacional de Río Negro	3 (5,2)
Brasil	
Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur	1 (1,8)
Colombia	
Universidad Nacional de Colombia	18 (31,5)
Universidad de Caldas	9 (15,7)
Universidad Autónoma de las Américas	1 (1,8)
Universidad de Manizales	1 (1,8)
Universidad del Quindío	1 (1,8)
Universidad del Rosario	1 (1,8)
Universidad Tecnológica de Bolívar	1 (1,8)
Ecuador	
Universidad Técnica del Norte	4 (7,0)
México	
Universidad Autónoma de Yucatán	5 (8,8)
Universidad Veracruzana	3 (5,2)
Universidad de Guadalajara	1 (1,8)
Perú	
Universidad del Pacífico	3 (5,2)
Pontificia Universidad Católica del Pacífico	2 (3,5)
Universidad Católica San Pablo	2 (3,5)
Venezuela	
Universidad Metropolitana de Venezuela	1 (1,8)

Fuente: elaboración propia.

lo más difícil fue que se percibiera la importancia de este trabajo que no se identificaba como una prioridad, dada la cantidad de cosas que había que hacer en [lo] académico y administrativo...”

La pandemia forzó la planificación y ejecución de acciones en salud mental, lo cual implicó sensibilizar en el tema a toda la comunidad universitaria, pues se tiene la idea de que se trata de tema estigmatizante: “La situación actual ha hecho que se resignifiquen y se incorporen nuevas temáticas... Aumentó la demanda de servicios de salud mental por parte de los estudiantes, desmitificando la enfermedad mental como tabú y aumentando la sensibilización”.

El diseño de intervenciones se da sobre la marcha según

necesidades: las experiencias previas y las acciones que ya se tenían fueron las bases para las intervenciones en la pandemia, las cuales se fueron ajustando a necesidades detectadas en las diferentes maneras de tamización y en reuniones con miembros de la comunidad. Fue llamativo que la evidencia científica rara vez constituye una fuente de consulta para la planificación de estas acciones y no suele publicarse sobre el tema.

Los programas deben incluir equipos interdisciplinarios

capacitados: se reconoce la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios que involucren profesores y profesionales en salud mental con formación pedagógica. Se resalta la importancia de crear un programa estructurado que articule el bienestar estudiantil al sistema académico con centros de atención psicológica internos o externos a las universidades. Se reconoce que es necesario beneficiar, además de los estudiantes, a sus familiares y al personal docente y administrativo.

Aplicación de las acciones en salud mental

Se han detectado varios problemas. El principal es la saturación de los equipos de atención psicosocial ante el incremento en la demanda y limitación de recursos: “Estamos saturados... los equipos psicosociales no dan abasto... Para implementar estos programas son fundamentales no solo los recursos económicos, sino también los profesionales”.

La falta de recursos de los estudiantes, además de ser una situación estresante para ellos, afecta la participación en las intervenciones. Muchos estudiantes quieren revelar detalles íntimos en las evaluaciones, pero no cuentan con privacidad por las condiciones de vivienda o sus equipos son de uso familiar. Las necesidades básicas insatisfechas fueron señaladas como un problema para dar atención de calidad y sostenida en el tiempo por lo que deben ser prioridad de los entes gubernamentales: “Empezaron a acercarse los estudiantes, pero muchos tenían problemas para conectarse, no solo para acceder por falta de recursos para la virtualidad, sino por la falta de privacidad... Hay problemas de presupuesto para el recurso humano, pero también en digitalización, el acceso básico a internet gratuito o a bajo costo debería ser un derecho universal”.

Es llamativa la baja participación en las intervenciones. Una explicación es la falta de difusión, que se ha hecho principalmente por correo electrónico; es necesario ampliar e innovar con nuevos canales, con potenciación de redes sociales o uso de plataformas más rápidas como WhatsApp®. La baja participación también puede ser porque la salud mental se ve como algo ajeno al transcurrir universitario, como si estuviera escindido de la misión de formar profesionales y fuera un espacio en el que

se debe producir únicamente en lo académico: “Es muy difícil conseguir un espacio por fuera de clase porque los estudiantes están copados, y los profesores no tienen la disposición para brindar un poco de su tiempo”.

Es posible que esta falta de visibilización de lo mental o el uso de medios de comunicación lentos influyan en que la búsqueda de ayuda sea tardía. Muchas veces se encuentra que el estudiante tiene necesidades en salud mental por ausentismo o deserción. Se percibe como dificultad la emergencia de casos en horarios por fuera de oficina y los fines de semana; es primordial que exista un mecanismo de atención en estos horarios.

Evaluación de las acciones en salud mental

Planificar y ejecutar las intervenciones en salud en la pandemia exigió un trabajo interdisciplinario que, de otra forma, no se hubiera dado. La creación de programas y equipos universitarios se siente como beneficio en sí mismo. También se ha dado un auge del tema entre los estudiantes e incluso se han conformado grupos de apoyo y de discusión; algunos tienen la impresión de que se ha logrado hablar de temas de salud mental con mayor naturalidad. Con la atención que se ha brindado a los estudiantes, los participantes han notado una disminución en la deserción sin que se haya medido formalmente como indicador.

La valoración de los efectos de las intervenciones es compleja. La evaluación cuantitativa puede ser inadecuada porque no recoge procesos individuales de los estudiantes atendidos, cuyos testimonios pueden constituir un insumo para conocer el efecto y las mejoras que puedan requerirse. En una de las universidades se cuenta con el testimonio de prevención del suicidio de un estudiante, lo cual es visto de manera unánime como un beneficio que pudiera no representar un gran número: “Hemos salvado vidas... En una comunidad de 16 000, se intervinieron tres jóvenes y evitamos un suicidio... Hemos salvado una vida y un problema de suicidio secuencial en una familia. Puede verse como poco, pero creo que hemos logrado muchas cosas”.

La evaluación representa una oportunidad de investigación para la misma universidad; los grupos de investigación podrían plantear preguntas científicas sobre los efectos de las intervenciones, lo cual podría dar lugar a publicaciones, necesarias para difusión del conocimiento y como fuente de consulta para otras universidades.

Factores contextuales

El contexto institucional determina el diseño de las intervenciones.

La gobernanza de las instituciones universitarias influye en la ejecución de las acciones de salud mental. Es necesario priorizar y mantener en la agenda universitaria el asunto de la salud mental y centralizar las diferentes acciones para que el trabajo sea más articulado: “La universidad es grande y muchas áreas trabajan los mismos temas de manera desarticulada, y se pierde una posibilidad y tiempo de trabajo. Se han tenido que tocar puertas desde nuestra área a otras áreas para intentar juntar esfuerzos y tratar de articular medidas”.

El presupuesto universitario es escaso para cubrir los costos de los programas, que exigen recursos humanos, infraestructura digital y estrategias de comunicación y difusión. Esta falta de recursos puede deberse a la situación de austeridad en la

que se encuentran debido a la pandemia, falta de priorización de este asunto y falta de convocatorias nacionales o internacionales para financiación.

La influencia del contexto macro es innegable. La ejecución de las acciones de salud mental en las universidades se ha visto afectada por factores del contexto macro, que incluyen relacionados con la conectividad y lo digital como el suministro eléctrico y las condiciones de la red de internet y la falta de recursos de los estudiantes y de algunos profesores. También factores relacionados con la normatividad para prestar servicios de salud; por ejemplo, los procesos de habilitación en atención en salud, como los requisitos de historia clínica y los consentimientos informados, generan retos para poner en práctica las acciones. La falta de una concepción integral del derecho a la educación impide que se hagan todos los esfuerzos para la permanencia estudiantil y descarta que la salud mental esté incluida en él.

Efectos del diálogo deliberativo

El diálogo como oportunidad para construir. Para los participantes conocer lo que hacen las demás universidades es valioso, pues son vistas como un par que afronta situaciones similares. La socialización posibilitó pensar nuevas intervenciones o el mejoramiento de las que están en práctica. La discusión también da cuenta de situaciones compartidas que pueden resultar en un diagnóstico de la región que conduzca a un soporte político de las acciones en salud mental universitaria. La interacción entre los participantes fue vista como importante y por eso se propuso continuarla con comunicación por medio de la plataforma Telegram®.

Hacia una gran síntesis de intervenciones. La síntesis presentada fue vista como un insumo valioso. De las acciones allí descritas, la mayoría de los participantes expresó haber implementado la atención de situaciones de crisis (80%) y la psicoeducación (76,4%), en tanto que cerca de la mitad había implementado un centro de consultoría (47,3%), realizaron adaptaciones pedagógicas (43,6%) y utilizaron algún sistema de apoyo por pares (41,8%) y de tamización (41,8%). Se mencionaron otras acciones que no fueron encontradas en la literatura y por tanto no estaban en la síntesis prediálogo con lo cual se amplió el conjunto de acciones para la atención en salud mental de universitarios (cuadro 3).

DISCUSIÓN

En este proceso de transferencia de conocimiento con actores de universidades iberoamericanas encontramos que el tema de salud mental estudiantil venía siendo visto como abandonado, cuando realmente no podría concebirse como ajeno a una institución educativa en tanto que no es una circunstancia extracurricular sino “un requisito previo para el aprendizaje y el logro” (25). Esta percepción es preocupante porque los estudios de prevalencia coincidían en el aumento de síntomas mentales en esta población desde antes de la pandemia (26,27) lo que devela que las universidades estaban ya en deuda con la oferta de servicios psicológicos. También fue evidente que la gobernanza al interior de las universidades y en los diferentes países no ve a la salud mental como prioritaria, así existan directrices y normas dirigidas al tema. En la práctica de los participantes, esto se cristaliza en la falta de financiación de las distintas intervenciones por lo que se constriñe su diseño e implementación. Esto retrata la salud mental en general en América Latina, que

CUADRO 3. Consolidado de acciones para la atención en salud mental estudiantil durante la pandemia COVID-19a

Presentadas en la síntesis prediálogo ^b	Propuestas discutidas en el diálogo
1) Prevención y promoción	
a. Realizar psicoeducación sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Medidas para bienestar general • El afrontamiento de estresores • Pautas para manejar crisis emocionales • Técnicas de estudio y uso eficiente del tiempo. b. Ofrecer el apoyo por pares: <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer espacios de interacción, como los foros c. Tamizar activamente síntomas mentales por medio de: <ul style="list-style-type: none"> • Envío de formularios en línea • Búsqueda por parte de profesores • Contacto individual 	a. Abordar con frecuencia el tema de consumo de sustancias psicoactivas dentro de la psicoeducación. b. Capacitar a profesores en temas de salud mental para sensibilizarlos y para la tamización activa. c. Crear redes para trabajar de manera continua en el diseño y la evaluación de las intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la universidad (entre departamentos y secciones) • Entre universidades • Con entes gubernamentales • Con prestadores de servicios de salud para articular lo avanzado por la universidad d. Realizar un censo de estudiantes y sus necesidades básicas, especialmente al ingreso y que incluya disponibilidad de recursos tecnológicos.
2) Atención de síntomas	
a. Crear o vincular un centro de consultoría para atención de síntomas b. Diseñar rutas para la atención en crisis, incluyendo la ideación suicida.	Incluir la atención de los miembros del equipo que realizan la atención en salud mental, a los profesores y las familias de los estudiantes
3) Estrategias pedagógicas	
a. Capacitar sobre aprendizaje en línea b. Ir “más allá de la academia” con programación de actividades de descanso y de interacción social. c. Ofrecer asesoría permanente en materias, hábitos de estudios, oficina virtual de profesores y asesorías por pares d. Ajustar periódicamente el calendario académico según las necesidades (admisión y graduación, cursos remediales, etc.)	Ofrecer capacitación pedagógica a los miembros que integran el equipo de atención psicosocial de la universidad

^aPresentadas y discutidas en un diálogo deliberativo con los representantes de universidades iberoamericanas.

^bMenciona las acciones identificadas por los investigadores en una síntesis de evidencia previa al diálogo deliberativo (14).

Fuente: elaboración propia.

es ocasiones invisibilizada en las políticas o, cuando la incluyen, queda una brecha amplia en su materialización (28), y es una de las regiones que menos invierte en salud mental, a pesar de altas necesidades (29).

Un aspecto crucial señalado por los participantes son los problemas socioeconómicos de los estudiantes. Además de su influencia directa en el desempeño académico (30), estos problemas actúan como factor disparador de síntomas mentales, con lo que aumenta la demanda, pero a su vez pueden comprometer la asistencia a las intervenciones si son, como se recomienda, virtuales. Por esto resulta claro que las condiciones socioeconómicas propias del contexto de la Región influyen no solo como determinantes de salud mental de los individuos, sino en la disponibilidad de recursos para atenderla. Por este motivo, cualquier tipo de intervención proveniente de la literatura científica no podrá ser ejecutada por más evidencia que la respalde si no se cuenta con un sustento político y legal que dé garantía a la atención en salud mental, íntimamente relacionado con el derecho a la educación (31) y que garantice la satisfacción de necesidades básicas y tecnológicas. Todas estas barreras del contexto suponen un gran obstáculo para los responsables de los servicios de bienestar estudiantil en las universidades y que se suma al de la pandemia misma. De esta manera, las intervenciones que se lograron consolidar en este diálogo no se constriñen solo a la pandemia, sino que deben continuarse para subsanar la deuda previa.

Este diálogo permitió consolidar las acciones que pueden desarrollar las universidades para la salud mental estudiantil. Sin embargo, es necesario que se investiguen los efectos que producen y se desarrolle un cuerpo de evidencia científica en este tema. A este respecto, resultó llamativa la falta de búsqueda de literatura científica al interior de las universidades. En salud mental es fundamental aplicar intervenciones que tengan sustento empírico para realizar un adecuado balance entre riesgos y beneficios; de allí que se recomiende la práctica basada en evidencia sea recomendada (32). Las universidades son el escenario más idóneo para formular y responder preguntas científicas, que parten de rastrear la evidencia disponible. Es posible que esto se deba a factores que han sido caracterizados en instituciones de salud como la falta de tiempo, la sobrecarga laboral o la cultura de no buscar evidencia científica (33). El ejercicio de presentar evidencia científica y discutirla recibió una valoración positiva y aumentó la conciencia sobre la importancia de utilizar la evidencia científica como insumo en estas decisiones. Lecciones igual de positivas se han obtenido en otros países con la utilización de la estrategia de diálogos deliberativos para abordar temas de salud mental en las políticas públicas (34,35) y creemos que es necesario difundirlas.

Es necesario reconocer las limitaciones de este estudio. Es posible no haber recogido la totalidad de opiniones de los participantes dado que se trató de una jornada programada y el tiempo pudo ser limitado, lo que afectó la calidad del diálogo.

Tampoco incluimos estudiantes ni profesores, voces que deberían ser escuchadas en un diálogo más amplio que podría ser objeto de futuras investigaciones. La realización virtual, dadas las restricciones de la pandemia, pudo limitar la participación de algún participante, pero creemos que fue un mecanismo que favoreció la participación de regiones geográficas que, de otro modo, no se habrían reunido. Como fortalezas, resaltan la diversidad de los participantes, el número de integrantes en todo el proceso y la experiencia del grupo en transferencia del conocimiento.

Conclusiones

La aplicación de intervenciones en salud mental estudiantil descritas en la literatura en las universidades iberoamericanas supone, además de la misma pandemia COVID-19, hacer frente a la deuda por la desatención previa del tema y índice elevado de necesidades básicas insatisfechas. El diálogo deliberativo permitió enriquecer la descripción de intervenciones que pueden diseñarse, pero llevarlas a la práctica exige un sustento político que dé garantía al derecho a la educación, que integra en sí mismo la salud mental del estudiante.

De este diálogo se desprenden algunas recomendaciones. El diseño y aplicación de intervenciones en salud mental debería incluir la revisión de la evidencia científica y la participación multiestamentaria de la comunidad universitaria. Se sugiere que, en caso de realizar nuevas síntesis de evidencia sobre el tema, se incluyan las páginas de las universidades en la búsqueda, puesto que la publicación de acciones rara vez se hace en revistas indexadas, lo cual a su vez indicaría un llamado a las universidades para publicar sobre el tema. La prioridad en investigación sería evaluar el efecto de las intervenciones, donde los métodos cualitativos y mixtos parecen ser útiles para capturar efectos individuales de los beneficiarios.

Contribución de los autores: JPZO, DFPL y PARP concibieron el estudio original y planificaron el diálogo; JPZO y DFPL analizaron los datos; todos los autores participaron en la realización del diálogo deliberativo, la recolección de los datos y escribieron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Agradecimientos: los autores agradecen a la Asociación Columbus por la convocatoria y logística del Diálogo y a todos los participantes de las universidades.

Conflictos de interés: Ninguno declarado por los autores.

Declaración: las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Revista Panamericana de Salud Pública o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Valente JY, Sohi I, Garcia-Cerde R, Monteiro MG, Sanchez ZM. What is associated with the increased frequency of heavy episodic drinking during the COVID-19 pandemic? Data from the PAHO regional web-based survey. *Drug Alcohol Depend.* 2021;221:108621.
2. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The Impact of epidemic outbreak. *Crisis.* 2010;31(2):86-92.
3. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):468-71.

4. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *Lancet*. 2021;397(10278):1023-34.
5. Ruiz Estrada MA. Who can get the covid-19 vaccine in developing countries? The case of central america. *SSRN Electron J*. 2021;Preprint:1-12.
6. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2016;46(14):2955-70.
7. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College Students: mental health problems and treatment considerations. *Acad Psychiatry*. 2015;39(5):503-11.
8. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020;287:112934.
9. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):1-14.
10. Reetz DR, Krylowicz B, Bershad C, Lawrence JM, Mistler B. The association for university and college counseling center directors annual survey. Rochester: AUCCCD; 2015. Disponible en: <https://www.auccd.org/assets/documents/auccd%202015%20monograph%20-%20public%20version.pdf>
11. Eleftheriades R, Fiala C, Pasic MD. The challenges and mental health issues of academic trainees. *F1000Research*. 2020;9:104.
12. Akl EA, Haddaway NR, Rada G, Lotfi T. Future of evidence ecosystem series: evidence synthesis 2.0: when systematic, scoping, rapid, living, and overviews of reviews come together. *J Clin Epidemiol*. 2020;123:162-5.
13. Zapata-Ospina JP, Patiño-Lugo D, Velez M, Velez V, Campos-Ortiz S, Madrid-Martínez P, et al. Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(3):199-213. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1151963/udea_uned_sintesisrapidacovid19_saludmentalestudiantesuniversi_gwEcOTQ.pdf
14. Moat KA, Lavis JN, Abelson J. How contexts and issues influence the use of policy-relevant research syntheses: a critical interpretive synthesis. *Milbank Q*. 2013;91(3):604-48.
15. Canto Sáenz R. Políticas públicas: más allá del pluralismo y la participación ciudadana. *Gestión y Política Pública*. 2000;IX(2):231-256.
16. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Heal Res Policy Syst*. 2014;12(1):2.
17. Culyer AJ, Lomas J. Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work and how might we know? *Evid Policy A J Res Debate Pract*. 2006;2(3):357-71.
18. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Soc Sci Med*. 2012;75(11):1938-45.
19. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Fadlallah R. Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response. *Heal Res Policy Syst*. 2020;18(1):58.
20. Acosta AM, Oelke ND, Lima MAD da S. Theoretical considerations of deliberative dialogue: contributions for nursing practice, policy and research. *Texto Context - Enferm*. 2017;26(4):e0520017.
21. Organización Mundial de la Salud y Alliance for Health Policy and Systems Research. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE, eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
22. Knobloch KR, Gastil J, Reedy J, Cramer Walsh K. Did they deliberate? applying an evaluative model of democratic deliberation to the Oregon citizens' initiative review. *J Appl Commun Res*. 2013;41(2):105-25.
23. Boyko JA, Lavis JN, Dobbins M. Deliberative dialogues as a strategy for system-level knowledge translation and exchange. *Health Policy*. 2014;9(4):122-31.
24. Plamondon KM, Botorff JL, Cole DC. Analyzing data generated through deliberative dialogue. *Qual Health Res*. 2015;25(11):1529-39.
25. Macaya Sandoval XC, Bustos Navarrete CE, Torres Pérez SS, Vergara-Barra PA, Vicente Parada B de la C. Servicios de salud mental en contexto escolar. *Rev Hum Med*. 2019;19(1):47-64.
26. Lipson SK, Lattie EG, Eisenberg D. Increased rates of mental health service utilization by U.S. college students: 10-year population-level trends (2007-2017). *Psychiatr Serv*. 2019;70(1):60-3.
27. Caro Y, Trujillo S, Trujillo N. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychol Av Discip*. 2019;13(1):41-52.
28. Agrest M, Mascayano F, de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez A. Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *VERTEX Rev Arg Psiquiat*. 2018;XXIX:334-45.
29. Kohn R, Ali A, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Salud Publica*. 2018;42:e165.
30. Garbanzo GM. Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios desde el nivel socioeconómico: un estudio en la Universidad de Costa Rica. *Rev Electrónica Educ*. 2013;17(3):57-87.
31. Organización Mundial de la Salud. Mental health legislation and human rights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
32. Singer JB, Erbacher TA, Rosen P. School-based suicide prevention: a framework for evidence-based practice. *School Ment Health*. 2019;11(1):54-71.
33. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):e34-41.
34. Yehia F, El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Heal Res Policy Syst*. 2015;13(1):29.
35. Mulvale G, Chodos H, Bartram M, MacKinnon MP, Abud M. Engaging civil society through deliberative dialogue to create the first mental health strategy for Canada: changing directions, changing lives. *Soc Sci Med*. 2014;123:262-8.

Manuscrito recibido el 2 de agosto de 2021. Aceptado, tras revisión, para su publicación, el 7 de diciembre de 2021.

Deliberative dialogue with Ibero-American universities on interventions in student mental health during the COVID-19 pandemic

ABSTRACT

Objective. To contextualize a synthesis of evidence on interventions in student mental health during the COVID-19 pandemic through a deliberative dialogue with Ibero-American universities.

Methods. An evidence synthesis and synchronous dialogues were previously conducted, consisting of sub-group discussions about the design and implementation of mental health interventions. An analysis of dialogic data was conducted, then organized by topic.

Results. Fifty-seven representatives of 17 public and private Ibero-American universities participated in the meeting. In terms of the design of interventions, mental health is perceived as neglected, although its profile was raised by the pandemic. Interventions are guided by detection of needs; scientific evidence is rarely used to design them. Importance was given to forming an interdisciplinary team with continuous training in order to design a specific program that also covers families and teaching/administrative staff. In terms of implementation, problems include saturation of services due to high demand and lack of basic resources among students. Regarding the provision of resources, the influence of the broader context, including the institutional context, is undeniable. The dialogues were perceived as an opportunity to build a new set of interventions.

Conclusions. These dialogues enriched the description of interventions already described in the literature on student mental health during the COVID-19 pandemic. However, implementing such interventions in the region means addressing previous neglect and a high level of unmet basic needs.

Keywords

Mental health; student health services; students; COVID-19; evidence-informed policy.

Diálogo deliberativo com universidades ibero-americanas sobre intervenções em saúde mental dos estudantes na pandemia de COVID-19

RESUMO

Objetivo. Contextualizar uma síntese de evidências sobre intervenções em saúde mental de estudantes universitários na pandemia de COVID-19, por meio do diálogo deliberativo com universidades ibero-americanas.

Métodos. A partir de uma síntese de evidências previamente elaborada, o diálogo síncrono foi conduzido por meio de discussões em subgrupos sobre o planejamento e a implementação de intervenções em saúde mental. Os dados obtidos foram analisados e resumidos por área temática.

Resultados. Cinquenta e sete integrantes de 17 universidades ibero-americanas públicas e privadas participaram do encontro. Os participantes indicaram que a saúde mental é negligenciada no planejamento das intervenções, mas ganhou visibilidade na pandemia. As intervenções são direcionadas às necessidades identificadas e raramente planejadas com base em evidências científicas. Disseram considerar importante formar uma equipe interdisciplinar com capacitação contínua para planejar um programa específico que englobe também familiares e o corpo docente e administrativo. Implementar intervenções é complicado porque os serviços estão sobrecarregados devido à grande demanda e à falta de recursos básicos para os estudantes. O contexto macro e institucional claramente influencia a disponibilização de recursos. O diálogo foi visto como uma oportunidade para consolidar um novo conjunto de intervenções.

Conclusões. O presente diálogo contribuiu para enriquecer a literatura de intervenções de saúde mental para estudantes universitários na pandemia de COVID-19. Implementar intervenções no nosso contexto requer sanar as falhas por negligência passada e as enormes necessidades básicas não atendidas.

Palavras-chave

Saúde mental; serviços de saúde para estudantes; estudantes; COVID-19; política informada por evidências.
