



Abordar el impacto en la salud mental de la crisis de COVID-19: Una respuesta integrada de toda la sociedad

12 de mayo de 2021

La crisis de COVID-19 ha intensificado los factores de riesgo generalmente asociados con una salud mental deficiente –inseguridad financiera, desempleo, miedo– mientras que los factores protectores –conexión social, compromiso laboral y educativo, acceso al ejercicio físico, una rutina diaria, acceso a los servicios de salud– se desplomaron dramáticamente. Esto ha conducido hacia el deterioro significativo y sin precedentes de la salud mental de la población. En todos los países, la salud mental de las personas desempleadas y de aquellos que experimentaban inseguridad financiera era más desfavorable que la de la población en general, una tendencia que precede a la pandemia, pero que parece haberse acelerado en algunos casos. Los países de la OCDE han respondido con esfuerzos decisivos para aumentar los servicios de salud mental, y poner en práctica medidas para proteger los empleos e ingresos y, por consiguiente, reducir la angustia mental para algunos. Sin embargo, la escala de angustia mental, desde el inicio de la pandemia, requiere de un apoyo integrado a la salud mental de toda la sociedad para evitar cicatrices permanentes.



Hallazgos clave

La salud mental de la población empeoró notablemente durante la pandemia:

- A partir de marzo de 2020, **la prevalencia de ansiedad y depresión se ha incrementado, e incluso se ha duplicado, en algunos países**. Los periodos en los que se reportaron las tasas más altas de angustia mental están correlacionados con periodos en los que las muertes por COVID-19 y las medidas estrictas de confinamiento se intensificaron;
- En todos los países, **la salud mental de las personas desempleadas y de aquellos que experimentan inseguridad financiera era más desfavorable que la de la población en general**, una tendencia que precede a la pandemia, pero que parece haberse acelerado en algunos casos.

Antes de 2020, los servicios de salud mental ya se encontraban sobrecargados. La escala de angustia mental desde el comienzo de la pandemia requiere de niveles de apoyo sin precedentes para evitar cicatrices permanentes. **Los países de la OCDE han tomado acciones inmediatas para aumentar el apoyo a la salud mental:**

- La mayoría de los países han **desarrollado nueva información sobre salud mental y/o líneas telefónicas de apoyo** que ofrecen consejos y medidas sobre cómo salir adelante durante la crisis de COVID-19, mientras que muchos países también han aumentado los subsidios a los servicios y/o los fondos para la salud mental;
- Muchos países de la OCDE implementaron rápidamente medidas para **proteger los empleos e ingresos, y apoyar en la transición del trabajo desde casa**. La estrategia de retención de empleos ayudó a mantener ambos, los ingresos y la salud mental de los trabajadores.

El apoyo a la salud mental estaba integrado débilmente en las políticas de bienestar social, laboral y juveniles antes de la crisis. Más allá de las medidas de emergencia, existe una necesidad urgente de implementar políticas más integradas y sólidas para apoyar la salud mental. **Una respuesta integrada de toda la sociedad significa:**

- Que **el acceso a los servicios de salud mental existentes se garantice** ya sea en persona o a través de la telemedicina, o ambos, y debe ser una prioridad incrementar el acceso a los servicios basados en evidencia, incluyendo las alternativas a **los programas de promoción a la salud mental** en escuelas o lugares de trabajo que se han visto más afectados;
- Los empleadores deben contribuir al **apoyo de la salud mental de los empleados**, incluyendo aquellos que se encuentran en **esquemas de retención de empleo**. Los responsables de las políticas deben analizar a fondo las **implicaciones a la salud mental del teletrabajo a largo plazo**, y los países deberían de considerar ampliar el **apoyo a la salud mental para las personas que buscan trabajo** a través de los servicios públicos de empleo.

Nota técnica sobre lenguaje y los datos

Los términos “condiciones de salud mental” y “problemas de salud mental” son utilizados en este informe, mientras que los términos “enfermedad mental” y “trastorno mental” se evitan en gran medida. Esto es para alinear el lenguaje con los cambios regulares que van de la mano con los esfuerzos para el despertar de la conciencia y abordar estigmas, y para asegurar, en lo posible, que el lenguaje se centre en la persona, se base en las fortalezas y se enfoque en la recuperación, además de reflejar las diferentes experiencias de problemas de salud mental de persona a persona.



Los datos sobre la salud mental de la población, y especialmente los datos estratificados por edad, siguen teniendo una cobertura limitada. Este informe utiliza principalmente los síntomas de prevalencia de la ansiedad y depresión, estimados a través de encuestas, en representación de la salud mental. Siempre que fuera posible, se utilizaron encuestas que emplean instrumentos validados –como el Trastorno de Ansiedad Generalizada ([*General Anxiety Disorder*] GAD-7) para la ansiedad y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 ([*Patient Health Questionnaire*] PHQ-9) para la depresión. Las muestras no son necesariamente representativas, especialmente por aquellas encuestas rápidas realizadas durante la crisis de COVID-19, y los métodos de encuesta difieren entre los estudios, lo que limita la posibilidad de realizar comparaciones entre países. Como los síntomas son autoreportados, el aumento en la prevalencia puede reflejar parcialmente cambios en la conciencia o los niveles de estigma contra las personas que experimentan problemas de salud mental, lo cual puede influenciar diferentes tendencias nacionales y las tendencias a través del tiempo.

La salud mental de la población se ha deteriorado de manera importante desde el comienzo de la pandemia por COVID-19

Por décadas, la prevalencia de las condiciones de salud mental en términos generales no había cambiado; esta tendencia cambió en 2020 con el comienzo de la pandemia de COVID-19. Desde marzo de 2020 en adelante, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó. Por ejemplo, en Bélgica, Estados Unidos, Francia, Italia, México, Nueva Zelanda y el Reino Unido, la prevalencia de *ansiedad* a principios del 2020 era el doble o más del doble del nivel observado en años anteriores; en Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia, México, Suecia, Reino Unido y la República Checa, la prevalencia de *depresión* a inicios del 2020 también representaba el doble o más del doble que lo observado en años anteriores.

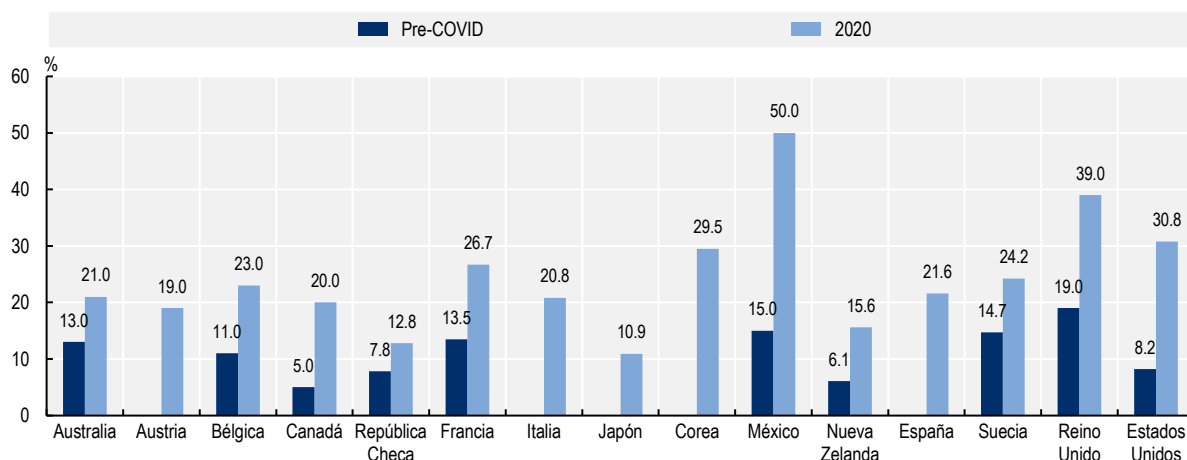
Durante 2020, los factores de riesgo para la mala salud mental – inseguridad financiera, desempleo, miedo– aumentaron, mientras que los factores protectores –conexión social, compromiso laboral y educativo, acceso al ejercicio físico, una rutina diaria, acceso a los servicios de salud– disminuyeron.

Cuando se comparan los resultados anteriores a la pandemia, los datos muestran constantemente que **las tasas de ansiedad y depresión aumentaron en 2020 comparado con años previos** (Figuras 1 y 2). En los países de la OCDE, se han utilizado diferentes instrumentos de encuesta para medir la prevalencia de la ansiedad y depresión, y los niveles de angustia mental. Las tasas de prevalencia y los cambios en estas no son comparables directamente entre países, y algunas encuestas realizadas durante 2020 no cubren las muestras representativas a nivel nacional. No obstante, la prevalencia de ansiedad y depresión claramente ha aumentado significativamente.



Figura 1. La prevalencia de la ansiedad aumentó significativamente en 2020

Estimaciones nacionales de prevalencia de ansiedad o síntomas de ansiedad a principios de 2020¹ y en un año anterior a 2020



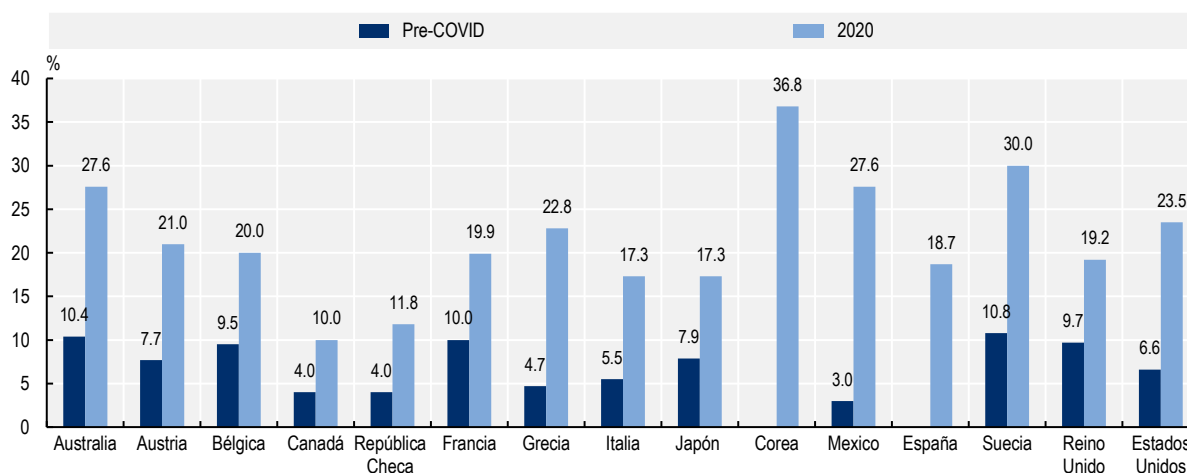
Nota: ¹En medida de lo posible, las estimaciones de prevalencia de 2020 fueron tomadas de marzo a abril de 2020.

Los instrumentos de encuestas utilizados para medir la ansiedad y las muestras de población difieren entre países, y por lo tanto, no pueden ser comparadas directamente, y algunas encuestas pueden tener tamaños de muestra pequeños y/o no usar muestras representativas a nivel nacional. Diferencias en la franqueza de la población para discutir su estado mental también obstaculiza la comparabilidad entre países. Siempre que fuera posible, se han seleccionado las encuestas que utilizan el instrumento de GAD7. Los datos de 2013 para Suecia utilizan un límite de '8' para el GAD7, mientras que la mayoría de los otros estudios utiliza un límite de ≥ 10 .

Fuente: Fuentes nacionales: Australia [2017-18](#) y [2020](#); Austria [2020](#); Bélgica [2018 and 2020](#); Canadá [pre-COVID y 2020](#); República Checa [2017 y 2020](#); Francia [2017 y 2020](#); Italia [2020](#); Japón [2020](#); Corea [2020](#); México [2019-20 y 2020](#); Nueva Zelanda [2016-17](#) y [2020](#); España [2020](#); Suecia [2013](#) y [2020](#); Reino Unido [2019 y 2020](#); Estados Unidos [2019 y 2020](#).

Figura 2. La prevalencia de la depresión aumentó de manera importante en 2020

Estimaciones nacionales de prevalencia de depresión o síntomas de depresión a principios de 2020¹ y en un año anterior a 2020



Nota: ¹En medida de lo posible, las estimaciones de prevalencia de 2020 fueron tomadas de marzo a abril de 2020.

Los instrumentos de encuestas utilizados para medir la depresión difieren entre países, y por lo tanto, no pueden ser comparadas directamente, y algunas encuestas pueden tener tamaños de muestra pequeños o no usar muestras representativas a nivel nacional. Diferencias en la franqueza de la población para discutir su estado mental también obstaculiza la comparabilidad entre países. Siempre que fuera posible, se seleccionaron las encuestas que utilizan el instrumento de PHQ9. Los datos de 2020 para Suecia utilizan un límite de '11' para el PHQ9, mientras que la mayoría de los otros estudios utiliza un límite de ≥ 10 .

Fuente: Fuentes nacionales: Australia [2017-18](#) y [2020](#); Austria [2014](#) y [2020](#); Bélgica [2018 y 2020](#); Canadá [pre-COVID y 2020](#); República Checa [2017 y 2020](#); Francia [2017 y 2020](#); Grecia [2014](#) y [2020](#); Italia [2014](#) y [2020](#); Japón [2013](#) y [2020](#); Corea [2020](#); México [2019-20 y 2020](#); España [2020](#); Suecia [2013](#) y [2020](#); Reino Unido [2019 y 2020](#); Estados Unidos [2019 y 2020](#).



Una encuesta realizada en el periodo de marzo a mayo de 2020 por el “Commonwealth Fund” encontró que muchos adultos reportaron haber experimentado estrés, ansiedad o tristeza difícil de manejar solos desde el comienzo del brote. Un alto porcentaje de adultos experimentaron esta angustia mental en Australia (23%), Canadá (26%), Francia (24%), Nueva Zelanda (23%), Reino Unido (26%) y Estados Unidos (33%), y se observaron tasas más bajas de angustia en los Países Bajos (14%), Noruega (10%) y Suecia (18%) (Commonwealth Fund, 2020^[1]). Otras medidas de la angustia mental de la población, incluido los estados de salud mental autoreportados, angustia o perturbación del sueño, confirman esta tendencia del deterioro del estado de salud mental de la población.

La angustia mental de la población fue mayor durante los periodos de intensificación de las muertes por COVID-19 y las medidas para limitar la transmisión del virus

A lo largo de 2020, y hasta 2021, la crisis por COVID-19 ha visto diferentes “olas” de casos de COVID-19, hospitalizaciones, muertes y restricciones y medidas para limitar el contagio. La salud mental de la población también ha subido y bajado en diferentes “olas”, con picos de angustia mental estrechamente relacionados con los picos de muertes por COVID-19, y los periodos cuando las medidas de control de la pandemia fueron más estrictas. **La angustia mental fue particularmente alta al inicio de la crisis de marzo a abril de 2020**, antes de progresar de alguna manera hacia el verano europeo, que coincidió con la caída de los casos de COVID-19 y un relajamiento de la “cuarentena”.

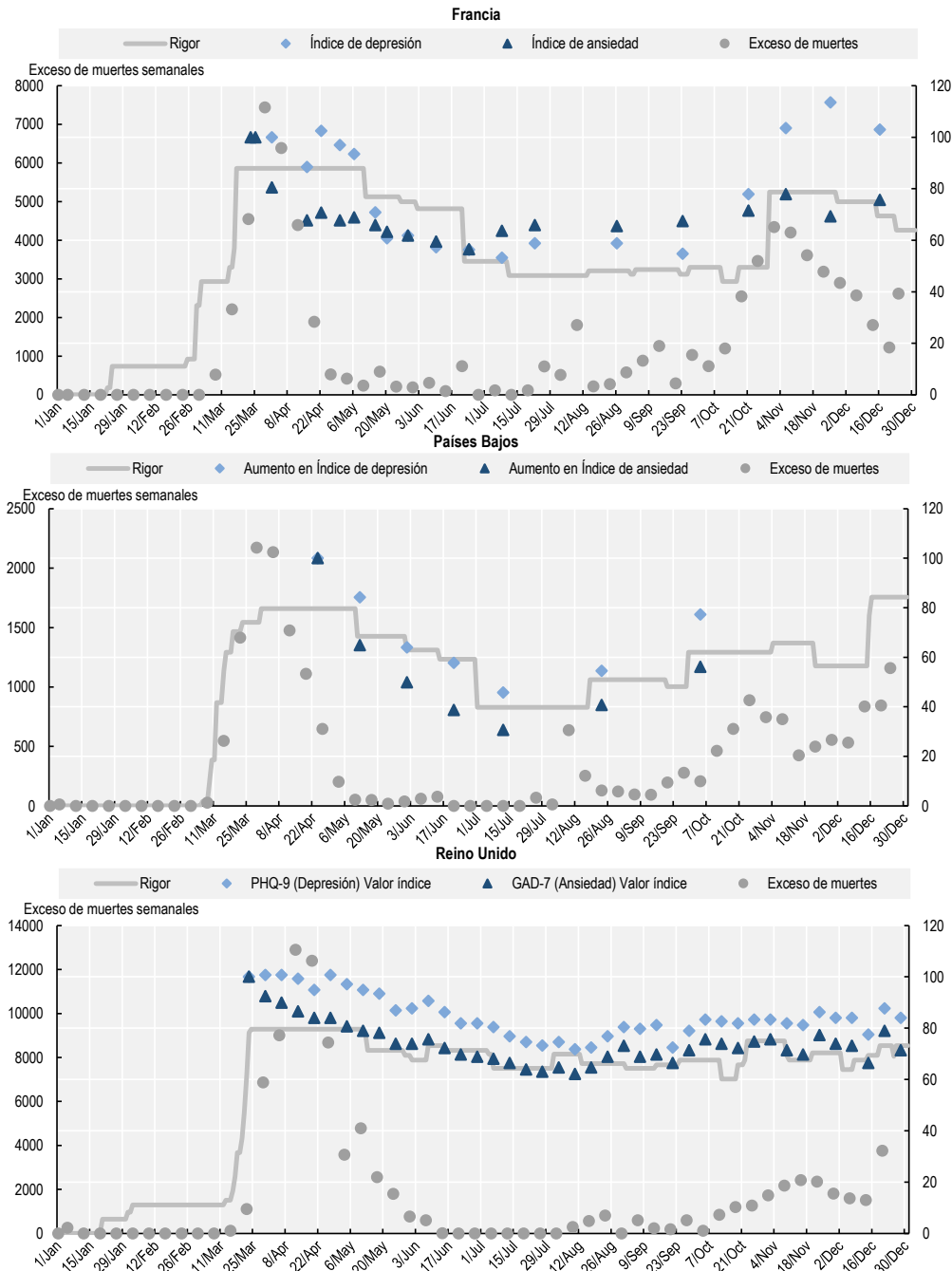
En los países que miden regularmente los niveles de angustia mental entre la población general durante el transcurso de 2020 –Canadá, Estados Unidos, Francia, Nueva Zelanda, Países Bajos y Reino Unido– los niveles de ansiedad y/o depresión fueron más altos entre mediados de marzo y principios de abril de 2020, antes de caer alrededor de junio-julio de 2020, y luego subieron nuevamente a partir de septiembre de 2020 en adelante. En general los países observaron tendencias similares en el bienestar mental, lo que mostró un grado considerable de correlación tanto con el rigor de las políticas para contener la pandemia, medido con base en el Índice de Políticas y Rigor de la Universidad de Oxford/Blavatnik, como en el número de muertes por COVID-19 (usando “exceso de muertes”), como se ve en los ejemplos de Francia, Países Bajos y el Reino Unido (Figura 3).

Los esfuerzos oportunos para realizar las encuestas durante la crisis de COVID-19 también han generado información cercana a “tiempo real” sobre la salud mental de la población, una valiosa fuente de información que no se había visto en crisis previas, tal como la crisis financiera de 2008. Será importante continuar rastreando los impactos en la salud mental mientras la crisis persista e incluso cuando la crisis de salud inmediata disminuya, para comprender si la responsabilidad de las condiciones de salud mental de la población vuelve a la normalidad previa a la pandemia (una tasa de prevalencia de todas las condiciones alrededor del 20% de la población en edad laboral (OECD, 2012^[2]), o bien si esta tasa de prevalencia más alta para algunas condiciones es la “nueva normalidad”. Las implicaciones políticas posteriores serán importantes.



Figura 3. Angustia mental de la población, exceso de muertes y medidas de confinamiento durante 2020

Tasas nacionales del estado de salud mental, muertes por COVID-19 y rigurosidad de las políticas de contención, el eje de escala para las muertes por semana por COVID-19 se ajusta a cada país



Nota: El "Puntaje de rigurosidad" se basa en el Índice de Políticas y Rigor de la Universidad de Oxford/Blavatnik. El rastreador de rigurosidad proviene de la Escuela de Gobierno Blavatnik, que calcula un valor de rigurosidad utilizando el cierre de escuelas, cierre de lugares de trabajo, cancelación de eventos públicos, restricciones sobre el número de personas en una reunión, cierre del transporte público, los requisitos de permanecer en casa, restricciones de movimiento interno e internacional y las campañas de información en cada país. En cada país, se asignó un 100 al primer punto de datos recopilados de salud mental, y cada dato subsiguiente se definió en relación con el primer punto de datos para producir una cifra comparable que rastrea el cambio porcentual relativo en los datos. El exceso de muertes se basa en los datos de la OCDE –Indicadores de Salud de COVID-19– Exceso de muertes por semana. Los instrumentos de la encuesta y los enfoques de la muestra de la población difieren entre países y, por lo tanto, no pueden ser comparadas directamente y algunas encuestas pueden tener tamaños de muestra pequeños y/o no usar muestras representativas a nivel nacional.

Fuente: [Oxford University/Blavatnik Stringency and Policy Index](#); [OECD COVID-19 Health Indicators - Excess deaths by week](#); índices de angustia mental de [Francia](#), [Países Bajos](#), [Reino Unido](#).

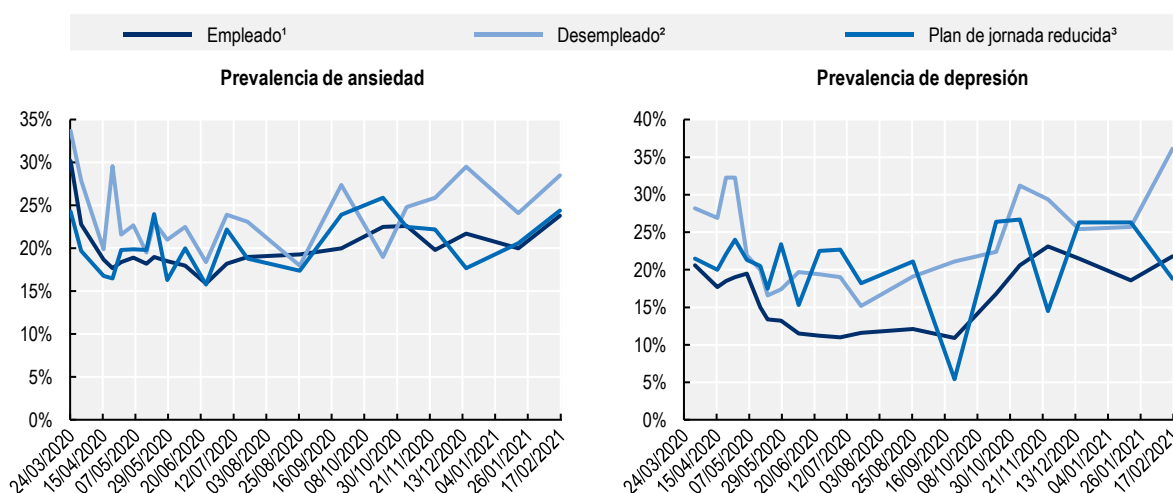


Personas con menor seguridad de empleo, nivel educativo e ingreso más bajos están experimentando tasas más altas de angustia mental durante la crisis de COVID-19

El riesgo y la resiliencia de una salud mental deficiente varía entre los grupos de la población principalmente según la edad, género, situación laboral, financiera y socioeconómica. Los jóvenes, los que viven solos, aquellos con un nivel socioeconómico más bajo y los que perdieron su empleo, tenían tasas más altas de angustia mental. Por el contrario, las personas que pudieron continuar trabajando durante el confinamiento, incluyendo aquellos que trabajaron remotamente, tenían menos probabilidades de reportar depresión y ansiedad, por lo menos durante las primeras etapas de la crisis.

Estar desempleado durante 2020 incrementó los riesgos para la salud mental. La evidencia longitudinal de Francia (Figura 4) muestra que las personas con empleo han sido menos propensas a reportar síntomas de depresión y ansiedad que las personas desempleadas. En toda la OCDE, se introdujeron o adaptaron esquemas de retención de empleo o trabajos de medio tiempo para proteger los empleos, debido a que estos esquemas permiten a los empleados mantener sus contratos con el empleador incluso cuando el trabajo está suspendido (OECD, 2021^[3]). Los datos longitudinales de Francia sugieren que tales esquemas han amortiguado los efectos de la crisis en la salud mental. De manera similar, en el Reino Unido, los trabajadores en estado suspendido en empleos precarios de larga duración antes y durante la pandemia no declararon un aumento de la angustia mental, mientras que los trabajadores no suspendidos reportaron un aumento importante en la angustia mental (Smith, Taylor and Kolbas, 2020^[4]).

Figura 4. La ansiedad y la depresión son más frecuentes entre los desempleados en Francia



Nota: ¹'Travail' ²'Chomage' ³'Chomage partiel'. Los resultados se basan en una encuesta con una muestra pequeña (2 000 encuestados por ciclo de encuesta) que puede conducir bruscamente al descenso y caída en algunos ciclos de encuestas.

Fuente: Santé Publique France, Enquête CoviPrev, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-1>.

El nivel socioeconómico más bajo se ha asociado durante mucho tiempo con el riesgo del incremento de una salud mental deficiente (OECD, 2015^[5]). Esto ha continuado durante la pandemia de COVID-19, con los grupos vulnerables experimentando tasas más altas de angustia mental. En el Reino Unido, se midió una estadística de ansiedad continuamente durante 20 semanas desde el inicio del primer confinamiento en marzo 2020; las puntuaciones más altas de ansiedad se reportaron consistentemente entre las personas con niveles bajos de educación o ingresos (Fancourt, Steptoe and Bu, 2020^[6]). Otro informe del Reino Unido encontró que las personas cuyos ingresos disminuyeron y los que se volvieron dependientes



de diferentes formas de apoyo estatal –como el crédito universal o las subvenciones para el trabajo por cuenta propia– o las personas que experimentan dificultades financieras a largo plazo, experimentaron mayores deterioros en su salud mental en comparación con el promedio de la población durante el primer confinamiento en abril de 2020 (NatCen Social Research, 2021^[7]). Sin embargo, las tendencias en las alteraciones del estado de la salud mental y el nivel socioeconómico no son consistentes en todas las poblaciones, y ha sido difícil evaluar si la salud mental de las personas con menor nivel socioeconómico ha empeorado más rápido en comparación con el promedio de la población. Por ejemplo, en Estados Unidos, una encuesta en abril de 2020 encontró que las personas con nivel socioeconómico más alto (mayores logros educativos e ingresos por hogar) reportaron disminuciones pronunciadas en la satisfacción de vida y mayores aumentos en los síntomas depresivos que las personas con nivel socioeconómico más bajo comparado con los resultados de la encuesta de 2019.

La prevalencia de las condiciones de salud mental también se conoce por diferenciarse entre hombres y mujeres, las mujeres son más propensas a reportar depresión o ansiedad. **Durante la crisis de COVID-19 las diferencias de género existentes en la prevalencia de ansiedad y depresión se han ampliado.** La evidencia de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en Reino Unido encontró que la salud mental se deterioró más entre los padres que trabajan en comparación con los que no tienen hijos, y las mujeres que trabajan reportaron mayores deterioros. En Estados Unidos, la brecha de género en la salud mental se amplió 66% en las etapas iniciales de la pandemia entre marzo y abril de 2020 (Adams-Prassl et al., 2020^[8]).

Brindar una política de respuesta integrada de toda la sociedad para apoyar a la salud mental durante y después de la crisis de COVID-19

Para responder efectivamente al impacto de la crisis de COVID-19 en la salud mental de la población, se necesitan políticas integradas e intersectoriales para mejorar el apoyo a la salud mental. Dichos esfuerzos se encuentran contemplados en la *Recomendación de la OCDE sobre Políticas Integradas de Salud Mental, Habilidades y Trabajo*, ([OECD Recommendation on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy](#)) a la que todos los países de la OCDE se han adherido desde 2015. La recomendación, resultado del largo tiempo empleado en la salud mental y el trabajo, sugiere que, a través de la intervención temprana en las políticas de juventud, lugar de trabajo y de bienestar, los resultados sociales, educativos y del mercado laboral de las personas que experimentan problemas de salud mental pueden mejorar. Este enfoque basado en el reconocimiento temprano y los servicios integrados es cada vez más importante. En combinación con estrategias y campañas más amplias, las políticas pueden reducir el estigma que rodea la salud mental y promover escuelas y lugares de trabajo que contribuyan a una mejor salud mental para la población en general.

Salvaguardar el acceso a los servicios de salud mental y responder a la creciente necesidad de atención a la salud mental

Durante la crisis de COVID-19, se han producido importantes interrupciones en la prestación de servicios para la salud mental. **Una encuesta de la OMS en el segundo trimestre de 2020 encontró que más del 60% de los países en el mundo reportaron interrupciones en los servicios de la salud mental:** el 67% observó la interrupción de asesoramiento y la psicoterapia; 65% a servicios críticos de reducción de daños; y el 35% reportó interrupción a las intervenciones de emergencia (WHO, 2020^[9]). En los servicios de salud mental de los países de la OCDE se observan tendencias similares. En Italia, a principios de abril de 2020, 14% de los centros comunitarios de salud mental había cerrado, 25% redujo su horario, y se había cerrado aproximadamente el 78% de los hospitales de día. Asimismo, aproximadamente 75% de los contactos no urgentes se realizaron de manera remota, principalmente por teléfono (Carpiniello et al., 2020^[10]). En los Países Bajos, durante la primera ola de la pandemia, el número



de pacientes referidos a atención de la salud mental se redujo entre 25 y 80%, la demanda para tratamiento se redujo entre 10 y 40%; las horas facturables disminuyeron entre 5 y 20%; y la ocupación de camas cayó 9% (GGZ Netherland, 2020^[11]).

Los servicios de salud mental se adaptaron rápidamente a nuevos modos de prestación del servicio, en particular haciendo uso de la atención virtual. A mediados de 2020, más del 80% de los países con ingresos altos reportaron a la OMS que habían utilizado la telemedicina y la terapia en línea para reemplazar las consultas de salud mental en persona, o el uso de líneas de ayuda. Por ejemplo, Estados Unidos realizó cambios en torno a la telesalud con regulaciones federales que permitieron temporalmente acceso sin precedentes a través de los límites estatales y plataformas no seguras. Por ejemplo, a finales de 2020, Kaiser Permanente, la mayor organización de atención sanitaria gestionada de Estados Unidos con 12 millones de miembros suscritos, brindaba 90% de su atención psiquiátrica prácticamente de manera virtual (Gratzer et al., 2020^[12]; Torous and Keshavan, 2020^[13]). El Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH), el hospital universitario psiquiátrico más grande en Canadá incrementó las visitas de atención virtual en 750%, de aproximadamente 350 a 3 000 consultas en línea de marzo a abril de 2020 (Cisco Canada, 2020^[14]).

Los resultados preliminares han demostrado que las clínicas y los pacientes se muestran positivos acerca de la aceptación de los servicios digitales para la prestación de servicios de salud mental durante la crisis de COVID-19. Los usuarios del servicio reportaron altos niveles de satisfacción con los servicios prestados por video y buenos niveles de aceptación al tratamiento, y algunos profesionales informaron supervisiones más frecuentes a los pacientes.

En Australia, la crisis **aceleró rápidamente el uso de la telemedicina** y a finales de abril de 2020, la mitad de todos los servicios de salud mental bajo el programa *Medicare Benefits Schedule* se proporcionaron de manera remota; para finales de 2020, cuando se reanudó la prestación de servicios presenciales, la tasa de servicios de telesalud continuaba siendo de casi 100 000 semanales, en comparación a cero en marzo de 2020 (Australian Institute of Health and Welfare, 2020^[15]). En Inglaterra (Reino Unido), los servicios de salud mental cambiaron significativamente a formatos no presenciales (teléfono y video) en 2020; y todos los servicios de salud mental tuvieron tasas más bajas de prestación de servicios presenciales en abril de 2020 en comparación con la tasa de 2019.

De igual manera, otras herramientas digitales de salud mental están siendo más consultadas. En Estados Unidos, la compañía de terapia en línea Talkspace experimentó un aumento del 65% en el número de clientes entre mediados de febrero y finales de abril, y una línea directa federal para personas con angustia emocional experimentaron un aumento de 1 000% en las llamadas en abril de 2020 comparado con abril de 2019, el uso de cuestionarios de autoevaluación en el sitio web de la organización sin fines de lucro Mental Health America aumentó entre 60% y 70% durante el transcurso del brote (National Council for Behavioral Health, 2020^[16]; Mental Health America, 2020^[17]). El brote de COVID-19 también ha impulsado a los gobiernos a poner en línea o hacer digitales los recursos de salud mental disponibles. A mediados de abril de 2020, el gobierno canadiense lanzó un nuevo portal de recursos de salud mental, *Wellness Together Canada*, el cual ofrece autoevaluación de bienestar sin costo, recursos de seguimiento, apoyo y asistencia por mensaje de texto o vía telefónica. Asimismo, asignó fondos emergentes al servicio de prevención del suicidio (*Canada Suicide Prevention Service*) y a las líneas directas de apoyo telefónico de ayuda para niños (*Kids Help Phone*), así como también incluyó consejos de cuidado personal en la aplicación *Canada COVID-19* que se utiliza para registrar posibles síntomas de COVID-19.



Los países de la OCDE ahora deben aumentar la disponibilidad de servicios de salud mental y responder a la creciente demanda de atención.

Los países han respondido al aumento de necesidades de salud mental, pero los **servicios de salud mental ya se encontraban con dificultades por satisfacer la demanda**. En algunos países, la crisis de COVID-19 ha aumentado las necesidades insatisfechas de atención a la salud mental. En agosto 2020, 9.2% de los adultos encuestados en Estados Unidos reportaron que necesitaban asistencia o terapia, pero no la habían recibido en las cuatro semanas previas, mientras que, en 2019, 4.3% de los adultos informaron que durante los últimos 12 meses no pudieron recibir asistencia o terapia debido al costo (Centers for Disease Control and Prevention, 2020^[18]).

La mayoría de los países de la OCDE han dado al menos algunos pasos para incrementar el apoyo a la salud mental. En específico, los países han introducido **nuevas formas de apoyo a la salud mental** que incluyen materiales informativos (principalmente en línea), nuevas líneas telefónicas de apoyo a la salud mental, modificando los servicios de salud mental al formato de telemedicina y en algunos casos aumentando la capacidad o abriendo el derecho al servicio, y en algunos países aumentando la inversión en los servicios de salud mental. En Portugal, se creó una línea telefónica gratuita las 24 horas de apoyo psicológico con 63 especialistas en salud mental (psicólogos) en asociación con el Ministerio de la Salud, la fundación filantrópica Fundação Calouste Gulbenkian (con una donación de EUR 300 millones) y el colegio de psicólogos Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Muchos países también pudieron **al menos adaptar algunos servicios de salud mental a formatos telefónicos o en línea, en algunos casos agregando nuevos servicios o derechos a los servicios**. En Australia, se duplicó, de 10 a 20 sesiones, el derecho a terapias psicológicas reembolsadas bajo el programa *Medicare Benefits Scheme*, y el gobierno australiano proporcionó fondos adicionales para ampliar los servicios de telesalud para todos los australianos a fin de permitir el acceso a la atención médica a través de teleconsultas o videoconsultas desde casa. En Francia, en respuesta a las preocupaciones sobre el estado de salud mental de los estudiantes universitarios durante la crisis de COVID-19 y el cierre de las universidades, en febrero de 2021 se introdujo un *Chèque psy étudiant* que ofrece gratuitamente a los estudiantes tres consultas con un psicólogo o psiquiatra.

Algunos países se han comprometido a **nuevos fondos para la atención de la salud mental** en vista al número de afectados por la crisis de COVID-19. En Australia, el gobierno anunció una financiación de AUD 5.7 mil millones para la salud mental y el cuidado de personas de la tercera edad en su plan nacional contra la pandemia de COVID-19; en Canadá, el gobierno invirtió CAD 11.5 millones en proyectos para apoyar la salud mental de los canadienses particularmente vulnerables durante la crisis de COVID-19; en Irlanda, se proporcionó financiación adicional con cargo al presupuesto de 2021 (EUR 38 millones) para nuevos servicios de salud mental en respuesta a la crisis, junto con EUR 12 millones adicionales para las necesidades existentes, un aumento total de EUR 50 millones en comparación con el presupuesto de 2020; el Gobierno de Letonia ha reasignado EUR 7.12 millones adicionales a los servicios de salud mental en 2021 en respuesta a la crisis de COVID-19, incluida la financiación de especialistas en salud mental, para los médicos familiares que brindan apoyo en salud mental y para el apoyo psicoemocional del personal médico; y en febrero de 2021, Chile anunció que el presupuesto para la salud mental aumentaría 310% con respecto al presupuesto anterior.

Adaptar las políticas en el lugar de trabajo para promover la salud mental en medio de la crisis de COVID-19 y más allá

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, millones de trabajadores han perdido el empleo y la mayoría ha visto interrupciones importantes en la organización y la realización su trabajo. Muchos trabajadores también se encuentran todavía en programas de retención de empleo y es posible que no se hayan presentado al trabajo durante todo un año. Algunos trabajadores, como los de los servicios esenciales,



han tenido que seguir trabajando de forma presencial, en algunos casos enfrentando un mayor riesgo de exposición al contagio de COVID-19 y en todos los casos necesitando tomar nuevas medidas para proteger su salud en el trabajo, mientras que otros trabajadores cambiaron repentinamente al teletrabajo, a menudo a tiempo completo y durante muchos meses.

El teletrabajo plantea nuevos desafíos para la relación entre el trabajo y la salud mental, y todos los empleadores podrían hacer más para apoyar la salud mental de los trabajadores

La crisis de COVID-19 vio un aumento masivo en el teletrabajo. En todos los países de la OCDE, al comienzo de la pandemia, alrededor del 39% de los trabajadores cambiaron repentinamente al teletrabajo. La literatura existente antes de la crisis de COVID-19 sobre el impacto del teletrabajo en la salud mental de los trabajadores es limitada y los hallazgos no son concluyentes (Oakman et al., 2020^[19]). Si bien puede haber beneficios asociados con el teletrabajo, como arreglos de trabajo más flexibles, también puede confundir los límites entre el trabajo y el hogar, contribuir a extender las horas de trabajo y dar como resultado una sensación de desapego del lugar de trabajo, todo lo cual puede tener un efecto negativo en la salud mental.

Antes de la crisis, **en la mayoría de los países de la OCDE se reconocía ampliamente que los trabajadores remotos pasaban más horas trabajando que los trabajadores en oficinas** (Eurofound and International Labour Office, 2017^[20]), una tendencia que también se observó sistemáticamente durante la crisis de COVID-19. Los trabajadores remotos de igual manera están trabajando menos horas regulares. Por ejemplo, una encuesta de Ipsos realizada entre noviembre y diciembre de 2020 y que abarcó a trabajadores de 28 países, de los cuales 20 países pertenecen a la OCDE, encontró que **casi la mitad de los encuestados (44%) indicaron que trabajaban horas no convencionales, ya sea "en gran medida" o "hasta cierto punto"** como resultado de la pandemia de COVID-19 (Ipsos, 2020^[21]). Las reuniones virtuales también pueden ser más exigentes mentalmente que las reuniones presenciales y contribuyen a aumentar la fatiga, y la poca delimitación entre el trabajo y la vida personal puede contribuir a la reducción de la calidad del sueño.

El teletrabajo puede aumentar los riesgos de trabajar muchas horas y de agotamiento, gestionar el equilibrio entre la vida laboral y personal ha sido particularmente difícil para los padres que trabajan haciendo malabarismos con las responsabilidades profesionales junto con una mayor carga del cuidado de los niños y la educación en el hogar.

También es probable que el aumento del teletrabajo perdure. En julio de 2020, el 78% de los empleados encuestados en la EU-27 informaron que querían seguir trabajando desde casa, al menos ocasionalmente, incluso sin las restricciones de COVID-19 (Eurofound, 2020^[22]). Una encuesta en Japón encontró que el 79% de los empleados desean teletrabajar u ocasionalmente teletrabajar más allá de la crisis de COVID (Persol Research Institute, 2020^[23]). **Los nuevos patrones de trabajo exigen nuevas protecciones para la salud mental de los trabajadores.** En diciembre de 2020, motivados por los desafíos para mantener el equilibrio entre la vida laboral y personal que plantea el teletrabajo, los legisladores del Parlamento Europeo pidieron una ley para otorgar a los trabajadores el derecho a desconectarse digitalmente fuera del horario laboral sin repercusiones, siguiendo los pasos de Francia, Italia, España y Luxemburgo, que ya contaban con una legislación sobre el "derecho a desconectar".

Dado el aumento de los riesgos para la salud mental de los empleados en medio de la crisis de COVID-19, **los empleadores pueden tomar medidas proactivas para brindar y fortalecer el apoyo de salud mental disponible para los empleados**, tanto para los empleados presenciales como remotos. Muchos empleados aún sienten que sus empleadores no están tomando las medidas suficientes para abordar los



problemas de salud mental derivados de la pandemia. En una encuesta reciente de PwC de trabajadores remotos en Estados Unidos, por ejemplo, los empleados tenían 26 puntos porcentuales menos de probabilidades en diferencia con los ejecutivos al decir que sus empresas tenían éxito o mucho éxito en el apoyo a la salud mental de los trabajadores (PwC, 2021^[24]). Si bien los grandes empleadores en Estados Unidos informan que están ampliando el acceso a los servicios virtuales de salud mental para sus empleados en medio de la pandemia, los pequeños y medianos empleadores pueden enfrentar mayores desafíos para hacer que el apoyo a la salud mental esté disponible.

Las iniciativas de todo el lugar de trabajo también pueden ayudar a garantizar que el trabajo contribuya a una mejor salud mental. El Estándar Nacional para la Salud y Seguridad Psicológica en el Lugar de Trabajo, desarrollado en 2013 por la Comisión Nacional de Salud Mental de Canadá, ofrece un conjunto de pautas voluntarias para apoyar a las empresas en el desarrollo de lugares de trabajo que promuevan entornos de trabajo mentalmente saludables. **Un componente clave es la capacitación en salud mental para los gerentes de línea y los ejecutivos y, por lo tanto, los gobiernos deben considerar invertir en campañas de concientización y tratar de promover la implementación de capacitación en salud mental para los gerentes de línea y ejecutivos.** Una encuesta de Deloitte en el Reino Unido en 2017 encontró que, si bien alrededor de la mitad de los gerentes de línea creían que la capacitación básica en salud mental sería útil, menos de una cuarta parte informó que realmente recibió capacitación. La gestión eficaz por parte de los gerentes de línea puede contribuir a una cultura en el lugar de trabajo que propicie un debate abierto sobre la salud mental, ayudar a prevenir conflictos en el lugar de trabajo que son factores de riesgo importantes para la salud mental deficiente y promover la identificación temprana de posibles problemas de salud mental.

Diseñar esquemas de retención de empleo para promover la salud mental de los trabajadores

La crisis del COVID-19 también ha impactado profundamente el panorama laboral con el uso a gran escala de esquemas de retención de empleo. En las primeras etapas de la crisis, los países actuaron rápidamente para implementar o modificar estos esquemas y, en este proceso, respaldaron más de 60 millones de puestos de trabajo en toda la OCDE, lo que representa alrededor del 20% del empleo dependiente. **Los planes de retención del empleo también han contribuido indirectamente, al menos inicialmente, a proteger a los beneficiarios del deterioro de su salud mental.** Lo que se conoce menos son las consecuencias de los permisos *prolongados* o el trabajo a tiempo parcial, ya que algunos trabajadores han estado en tales esquemas desde el inicio de la pandemia.

Un análisis del Reino Unido y los países de la Unión Europea revela que incluso con solo ocho horas de trabajo por semana, los empleados pueden obtener la mayoría de los beneficios de salud mental que conlleva el empleo (Kamerāde et al., 2019^[25]). Una forma en que **los gobiernos pueden contribuir a apoyar la salud mental de las personas en los esquemas de retención de empleo es animar a los empleadores, en los sectores en los que esto es posible, a reducir las horas trabajadas, en lugar de reducirlas a cero, y considerar la modificación de los esquemas de retención de empleo existentes para promover el trabajo compartido y permitir el regreso parcial al trabajo.** Veintitrés países de la OCDE tenían esquemas de trabajo a tiempo parcial preexistentes, incluidos *Kurzarbeit* en Alemania y el Subsidio de Ajuste de Empleo en Japón, y muchos aumentaron la cobertura y la generosidad de estos esquemas al comienzo de la crisis. Por el contrario, cuando se anunció por primera vez, todos los nuevos esquemas de retención de empleo en la OCDE, con la excepción de Islandia, solo podían usarse para empleados cuyo trabajo se redujo a cero horas (OECD, 2020^[26]). Tanto en Dinamarca como en el Reino Unido, los esquemas se modificaron posteriormente para hacer que la prestación estuviera disponible incluso por horas reducidas.



Abordar la salud mental deficiente mediante el fortalecimiento de los servicios públicos de empleo

Perder un trabajo y quedar desempleado puede ser un factor que contribuye al deterioro de la salud mental. En toda la OCDE, alrededor de 10 millones de personas más están desempleadas que previo a la crisis, y con las pérdidas de empleo concentradas en los sectores más afectados, como el ocio, la hotelería, el transporte y el comercio minorista (OECD, 2021^[27]). Este desafío también se extenderá más allá del corto plazo, ya que es probable que el desempleo se mantenga por encima de los niveles anteriores a la crisis hasta 2022.

Apoyar a las personas en busca de empleo para que vuelvan a tener trabajo –a través del apoyo en la búsqueda de empleo, el asesoramiento y las oportunidades de capacitación– sigue siendo clave para promover una mejor salud mental entre la población económicamente activa. Prevenir el desempleo de larga duración debería ser una prioridad, ya que cuanto más dura el desempleo, más desvinculados del mercado laboral se encuentran las personas en busca de empleo. Este es un desafío particularmente serio para los jóvenes y los recién graduados (OECD, 2021^[3]). No se deben repetir los errores de la crisis financiera mundial, cuando el aumento del desempleo superó con creces el aumento del gasto en políticas activas del mercado laboral, lo que resultó en una disminución del 21% en el tiempo dedicado a cada usuario del servicio (OECD, 2011^[28]). Es posible que los países busquen reducir elementos de sus servicios de empleo para asegurarse de que tienen la capacidad de satisfacer el aumento de la demanda en medio de la crisis de COVID-19. Sin embargo, un área donde los servicios no deben reducirse o suspenderse temporalmente es el apoyo a la salud mental. **Incluso antes de la crisis, los servicios públicos de empleo ofrecían poco acceso a apoyo para personas que experimentaban condiciones de salud mental.**

Dada la mayor prevalencia de los problemas de salud mental y las persistentes y difíciles perspectivas de empleo, lejos de suspender la salud mental integrada y el apoyo al empleo, los países deberían considerar ampliarlos.

Las medidas también deben combinar el apoyo a la salud mental con el apoyo al empleo. **La evidencia muestra que el tratamiento de salud mental por sí solo no mejora los resultados laborales de las personas con problemas de salud mental, mientras que se ha demostrado que el apoyo integrado al empleo y la salud mental es eficaz para mejorar las perspectivas de empleo** (OECD, 2015^[5]). La implementación a gran escala de la salud mental integrada y el apoyo al empleo sigue faltando en la mayoría de los países de la OCDE, y la mayoría de los esfuerzos están enfocados a personas que experimentan condiciones de salud mental graves.

Los propios programas activos del mercado laboral también pueden ayudar a amortiguar el impacto de los efectos dañinos del desempleo en la salud mental. Un estudio en el Reino Unido encontró que es probable que los participantes en estos programas autoinformen mejores resultados de salud mental que otras personas desempleadas, aunque es probable que informen una salud mental más deficiente que aquellos que trabajan. La participación en programas activos del mercado laboral comparte algunos aspectos del empleo, como proporcionar rutina y estructura a la vida diaria, ofrecer oportunidades para conocer gente nueva y socializar, y apoyar el desarrollo y mantenimiento de las redes sociales. Si bien el apoyo a las personas que buscan empleo para que vuelvan al trabajo debe seguir siendo el centro de las políticas activas del mercado laboral, también hay margen para considerar las implicaciones para la salud mental al evaluar la eficacia y el éxito de dichas políticas.



Los sistemas de apoyo a la juventud también desempeñarán un papel vital en el apoyo a la salud mental de las generaciones futuras, como se analiza en el informe *OECD Brief on Mental Health, COVID-19 and Youth* (OECD, 2021^[3])

Agradecimientos

Este resumen de políticas fue preparado por Emily Hewlett, Shunta Takino, Yuka Nishina y Christopher Prinz. Colegas de la OCDE, en particular, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Masato Hayashikawa, Lara Fleischer, Jessica Mahoney, Muriel Levy y Nikita Arora proporcionaron valiosos comentarios.

Referencias

- Adams-Prassl, A. et al. (2020), "The Impact of the Coronavirus Lockdown on Mental Health: Evidence from the US", *Cambridge Working Papers in Economics*, Faculty of Economics, University of Cambridge, <https://www.repository.cam.ac.uk/handle/1810/310906> (consultado el 22 de marzo de 2021). [8]
- Australian Institute of Health and Welfare (2020), *Mental health services in Australia - Mental health impact of COVID-19*, <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-impact-of-covid-19> (consultado el 11 de febrero de 2021). [15]
- Carpiniello, B. et al. (2020), "Mental health services in Italy during the COVID-19 pandemic", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 74/8, pp. 442-443, <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.13082>. [10]
- Centers for Disease Control and Prevention (2020), *Mental Health - Household Pulse Survey - COVID-19*, <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm> (consultado el 30 de noviembre de 2020). [18]
- Cisco Canada (2020), *CAMH enhances virtual capacity to respond to demand for mental health services*, <https://newsroom.cisco.com/press-release-content?articleId=2072576> (consultado el 22 de febrero de 2021). [14]
- Commonwealth Fund (2020), *Do Americans Face Greater Mental Health and Economic Consequences from COVID-19? Comparing the U.S. with Other High-Income Countries* | Commonwealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/aug/americans-mental-health-and-economic-consequences-COVID19> (consultado el 3 de diciembre de 2020). [1]
- Eurofound (2020), *Working during COVID-19*, <https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19/working-teleworking> (consultado el 17 de febrero de 2021). [22]
- Eurofound and International Labour Office (2017), *Working anytime, anywhere : the effects on the world of work.*, <http://eurofound.link/ef1658> (consultado el 17 de febrero de 2021). [20]
- Fancourt, D., A. Steptoe and F. Bu (2020), "Articles Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study", *The Lancet Psychiatry*, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X). [6]



- GGZ Netherland (2020), *Parliamentary Consultation on Corononavirus - GZZ Netherlands*[Internetconsultatie gevolgen coronamaatregelen], https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/reader_internetconsultatie_coronamaatregelen.pdf1j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (consultado el 5 de mayo de 2020). [11]
- Gratzer, D. et al. (2020), *Our Digital Moment: Innovations and Opportunities in Digital Mental Health Care*, SAGE Publications Inc., <http://dx.doi.org/10.1177/0706743720937833>. [12]
- Ipsos (2020), *The COVID-19 Pandemic's Impact on Workers' Lives: 28-country Ipsos survey for The World Economic Forum*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-workers-lives-report.pdf> (consultado el 19 de febrero 2021). [21]
- Kamerāde, D. et al. (2019), "A shorter working week for everyone: How much paid work is needed for mental health and well-being?", *Social Science and Medicine*, Vol. 241, p. 112353, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.06.006>. [25]
- Mental Health America (2020), *The State of Mental Health in America*, Mental Health America, <https://mhanational.org/issues/state-mental-health-america> (consultado el 11 de febrero de 2021). [17]
- NatCen Social Research (2021), *Society Watch 2021: Mental health report*, NatCen Social Research, <https://www.natcen.ac.uk/media/2050456/Society-Watch-2021-Mental-Health-Should-We-Be-Worried.pdf> (consultado el 3 de mayo de 2021). [7]
- National Council for Behavioral Health (2020), *Demand for Mental Health and Addiction Services Increasing as COVID-19 Pandemic Continues to Threaten Availability of Treatment Options*, <https://www.thenationalcouncil.org/press-releases/demand-for-mental-health-and-addiction-services-increasing-as-covid-19-pandemic-continues-to-threaten-availability-of-treatment-options/> (consultado el 11 de febrero de 2021). [16]
- Oakman, J. et al. (2020), "A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health?", *BMC Public Health*, Vol. 20/1, p. 1825, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09875-z>. [19]
- OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Interim Report March 2021*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/34bfd999-en>. [27]
- OECD (2021), "Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/84e143e5-en>. [3]
- OECD (2020), *Job retention schemes during the COVID-19 lockdown and beyond*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0853ba1d-en>. [26]
- OECD (2015), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>. [5]
- OECD (2012), *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>. [2]
- OECD (2011), *OECD Employment Outlook 2011*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2011-en. [28]



- Persol Research Institute (2020), *Daiyonkai shingata koronairusu taisaku ni yoru terewāku e no eikyō ni kansuru kinkyū chōsa [4th urgent survey on the impact of new coronavirus countermeasures on telework]*, <https://rc.persol-group.co.jp/news/202012160001.html> (consultado el 17 de febrero de 2021). [23]
- PwC (2021), *It's time to reimagine where and how work will get done: PwC's US Remote Work Survey*, <https://www.pwc.com/us/en/library/covid-19/us-remote-work-survey.html#content-free-1-0f39> (consultado el 18 de febrero de 2021). [24]
- Smith, N., I. Taylor and V. Kolbas (2020), *Exploring the relationship between economic security, furlough and mental distress*, <https://www.natcen.ac.uk/our-research/research/exploring-the-relationship-between-economic-security,-furlough-and-mental-distress/>. [4]
- Torous, J. and M. Keshavan (2020), "COVID-19, mobile health and serious mental illness", *Schizophrenia Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/J.SCHRES.2020.04.013>. [13]
- van Gool, K. and M. Pearson (2014), "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries", *OECD Health Working Papers*, No. 76, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5jxx711t1zq6-en>. [29]
- WHO (2020), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*, World Health Organization, Geneva, <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>. [9]
- WHO (2017), *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*, https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/ (consultado el 3 de mayo de 2021). [30]

Contacto

Stefano SCARPETTA (✉ stefano.scarpetta@oecd.org)

Francesca COLOMBO (✉ francesca.colombo@oecd.org)

Emily HEWLETT (✉ emily.hewlett@oecd.org)

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

Tanto este documento, así como cualquier dato y cualquier mapa que se incluya en él, se entenderán sin perjuicio respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Publicado originalmente por la OCDE en inglés con el título: OECD (2021), "Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en>.

Traducido por el Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA) de la Universidad de Guadalajara, México. Las únicas versiones oficiales son los textos en inglés y/o francés. La calidad de la traducción y su coherencia con el texto original son responsabilidad exclusiva del CUCEA.

Traducido al español con el apoyo del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA)

Coordinación de traducción: Traci Teresa Capris Tarquino

Traducido por: María Fernanda Naranjo Olvera

Revisado por: Mariana Vargas Reynaga

Gestión general del proyecto en español: Centro de la OCDE para América Latina

