



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

PROPUESTA DE UN TALLER PARA DEPRESIÓN EN EL
CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Tipo de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Teresa Janett Martinez Vargas

Director: Mtra. Liliana Moreyra Jiménez

Dictaminadores: Lic. Alicia Ivett Flores Elvira

Dra. Sandra Cerezo Reséndiz

Lic. Eduardo Bautista Valerio

Lic. Mario Fabián Vázquez Sánchez





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria y agradecimientos

Este trabajo esta dedicado a mis papás. A mi mamá, quien me a acompañado en el transcurso de mi vida, me ha hecho ser la persona que soy en el presente y sin sus enseñanzas de vida, no hubiera tenido la perseverancia para terminar el presente trabajo. A mi papá, por que me ha apoyado en labores y a su forma me dio ánimos para continuar, y con su guía y su constancia sigo cumpliendo mis metas. A ambos por que me han educado, con cariño, paciencia y me han enseñado cosas y valores muy valiosos de la vida.

Gracias a mi directora de manuscrito, la Maestra. Liliana Moreyra, por su guía, sus conocimientos y por su paciencia, a lo largo de este camino, la cual apporto mucha luz y dirección, para poder dar forma a este manuscrito y concluir con él.

Agradezco a mis hermanas Kary y Jessy por su apoyo incondicional.

Agradezco a, mis compañeros de trabajos, por darme ideas, apoyarme y por siempre echarme ánimos en todo momento y por hacerme pasar momentos divertidos, por darme tips y por orientarme en temas de este trabajo, principalmente a mi compañero Arturo, por escucharme en momentos de presión y ansiedad al realizar el presente escrito.

Agradezco a mis gatos Isis, Osiris y principalmente a Basteth por acompañarme en mis desvelos y siempre permanecer a mi lado acompañándome.

¡Gracias, gracias gracias Dios por todo!

Índice

Capítulo I. Panorama ante el COVID-19.	7
1.1 ¿Qué es el COVID-19?	7
1.2 COVID-19 y el aislamiento social.	9
1.3 El aislamiento social por COVID-19 y sus repercusiones a la salud mental.	10
Capítulo II Depresión	15
2.1 ¿Qué es la depresión?	15
2.2 Los diferentes tipos de depresión.	17
2.3 Diagnóstico de la depresión.	18
2.4. Tratamiento	21
2.5 Depresión en el contexto por COVID-19	21
Capítulo III. Modelos cognitivo-conductual	25
3.1 ¿Qué es la terapia cognitivo conductual (TCC)?	25
3.1.1 Psicoeducación	28
3.1.2 Técnicas de relajación:	28
3.1.3. Entrenamiento en solución de problemas	29
3.1.4 Mindfulness o atención plena	31
Capítulo IV. Propuesta de taller para depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19.	34
4.1 ¿Qué es un taller?	34
4.2 Grupo terapéutico	36
4.3. Planeación del taller.	37
Sesión 1.	38
Sesión 2	39
Sesión 3	41
Sesión 4	42
Sesión 5	42
Discusión y conclusiones.	45
Referencias	46

Introducción.

A partir del año 2020 hasta el año 2022, nuestras vidas se han visto alteradas por un suceso a nivel mundial, este suceso fue la pandemia por coronavirus (COVID-19), como menciona Díaz-Castrillón y Toro-Montoya (2020), es un virus del síndrome respiratorio agudo y severo, esta enfermedad afecta principalmente a adultos mayores, a personas con hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Entre las recomendaciones que indicó la Organización Mundial de la Salud, la OMS por sus siglas (OMS,2020), fue guardar distancia de 1.5 metros, el uso de cubrebocas, el uso de gel antibacterial, evitar lugares cerrados y permanecer en casa. Debido a esta situación, la población en general comenzó a expresar preocupación y miedo, sensaciones de estrés, ansiedad, tristeza, soledad y depresión, principalmente en los grupos compuestos por adultos, proveedores de atención y personas con afectaciones de salud subyacentes, ya que esta pandemia ha cambiado y alterado la vida diaria de las personas, trayendo con ella incertidumbre relacionada con el futuro, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social, depresión y temor a enfermarse (Hernández, 2020).

En un artículo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), advierte que la pandemia provocada por COVID-19, puede llegar a incrementar factores de riesgo de suicidio, debido al aumento de la angustia, ansiedad y la depresión que, sumadas con la violencia, trastornos por consumo de alcohol, abuso de sustancias y sensaciones de pérdidas; incrementan los factores de riesgo de la salud mental.

En la actualidad existe un porcentaje importante de la población que padece depresión, en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, (OPS, 2017), el 4.4 % de la población mundial, padecía depresión, siendo en las mujeres la más predominante a padecer la enfermedad. Tan solo en México el 32.5% de la población padece depresión, cifra obtenida del Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información (INEGI, 2017).

Las personas que no cuentan con las habilidades necesarias para solucionar los problemas por su cuenta tienen una mayor probabilidad de llegar a deprimirse cuando se enfrentan a la adversidad comparadas con aquellas que resuelven sus problemas con eficacia (Nezu, 1986, como se citó en Areán, 2000).

Por ello se considera conveniente realizar una propuesta de taller para la depresión ocasionada por la pandemia COVID-19. Debido a que, al contar las personas con las herramientas necesarias para afrontar los problemas mejorarán su salud mental.

Este tipo de intervención tiene un ámbito de aplicación amplio, siendo un taller breve y relativamente sistemático, la cual puede ofrecer herramientas de afrontamiento para la depresión, enseñando implícitamente a los pacientes a manejar y mejorar sus vidas, al mejorar su capacidad de solución de problemas.

Justificación

Desde el año 2020 hasta la actualidad estamos viviendo en una pandemia, aunque en un principio fue un aislamiento social, poco a poco y con el transcurso de casi dos años, las personas están retomando paulatinamente sus actividades diarias.

El COVID-19 ha causado un impacto en la salud física y en la salud mental de las personas, como explica un artículo del Journal of American Health (2021), aunque es muy escasa o casi nula la literatura, investigaciones o datos, que nos proporcionen información sobre el impacto a largo plazo de estas complicaciones, existen factores individuales, familiares y sociales que los individuos deben enfrentar. Esta situación han generado altos niveles de estrés en la población, agudizado por factores como el confinamiento, miedo, problemas económicos, sobrecarga de trabajo, condiciones laborales, estar en contacto con el virus, generando una mayor sintomatología; y con esto desarrollando daños a la salud mental e impactando en padecimientos como la depresión y el estrés postraumático, entre otros problemas.

Ante esta problemática, en el presente trabajo se realiza una propuesta, de taller para la depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19 y mejorar así la salud mental de las personas.

Objetivo general

Realizar una propuesta de taller breve con enfoque cognitivo conductual, para personas adultas con depresión en el contexto de la pandemia COVID-19.

De acuerdo con Vázquez (2002), la evidencia de diferentes estudios e investigaciones muestran que el modelo cognitivo conductual, no solo es una intervención eficaz para la depresión, sino que es un enfoque de tratamiento lógico, sistemático y razonablemente sencillo de aplicar, que puede ser utilizado con pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos.

Capítulo I. Panorama ante el COVID-19.

1.1 ¿Qué es el COVID-19?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), menciona que el brote de esta enfermedad fue notificado por primera vez en la provincia de Wuhan, en China el 31 de diciembre de 2019, declarándose emergencia de salud pública de interés internacional el 30 de enero del 2020. La enfermedad por COVID-19 es causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), como mencionan Díaz-Castrillón y Toro-Montoya (2020), afectando principalmente a adultos mayores y aquellos con comorbilidades, como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Este virus es de fácil transmisión y su incubación puede durar en promedio 5 días, pero es hasta los 14 días donde los síntomas son visibles y mucho de los pacientes son asintomáticos, esto significa que son pacientes que portan el virus, no presentan síntomas, pero pueden contagiar el virus a otras personas; este virus es muy contagioso ya que se transmite rápidamente de persona a persona a través de la tos o secreciones respiratorias o contactos cercanos (Maguiña et al., 2020); provocando que se compliquen los esfuerzos para evitar la propagación de la infección, el colapso de los servicios de salud, y la muerte de muchas personas.

Para evitar su propagación la OMS (2020) optó por preferir recomendaciones de precaución para evitar la propagación del virus como mantener una distancia de 1.5 metros para reducir el riesgo cuando otros tosen, estornudan o hablan; uso correcto de la mascarilla, lavado de manos, no utilizar mascarillas con válvulas, evitar espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos, el autoaislamiento (siendo este el medio más efectivo para bloquear la transmisión), uso de gel antibacterial, el resguardo en casa y salir solo por lo indispensable.

Entre los síntomas de esta enfermedad, como menciona la OMS (2021) encontramos:

- Fiebre

- Tos seca
- Cansancio
- Pérdida del gusto u olfato
- Faringoamigdalitis
- Congestión nasal
- Diarrea
- Erupción cutánea
- Dificultad para respirar o disnea
- Dolor u opresión en el pecho
- Pérdida del habla o del movimiento

“Hasta el 14 de abril del 2020, fueron confirmados en el mundo más de 1,792,000 casos positivos, más de 110,000 personas fallecieron, y más de 412 000 pacientes se han recuperado de la enfermedad, según los datos de la Universidad Johns Hopkins”. (Maguiña et al., 2020, p.126).

Debido a que no hubo un aislamiento social en China, Italia y España la enfermedad se esparció rápidamente a muchos países, entre estos México (Maguiña et al., 2020).

Este virus tiene predilección por el árbol respiratorio, ya que al ingresar al organismo genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que hace que el paciente se agrave causando daño multiorgánico. Estudios epidemiológicos iniciales como lo mencionan Díaz-Castrillón y Toro-Montoya (2020), mostraron que la enfermedad se expandía con mayor velocidad y con mayor agresividad en adultos de entre los 30 y 79 años con una letalidad global del 2.3%.

Durante esta pandemia y por la incertidumbre causada por ella, el gobierno mexicano optó por suspender actividades no esenciales a partir del 26 de marzo del 2020, Tan solo en nuestro país se han acumulado 28,195,58 defunciones por COVID, hasta octubre del 2021, (Gobierno de México, 2021).

En palabras de Maguiña et al. (2020), esta pandemia ha desatado pánico, ansiedad y alarma universal, generando un colapso del sistema sanitario, perturbando la economía y todas las actividades, a nivel mundial.

1.2 COVID-19 y el aislamiento social.

Después de declarar la emergencia sanitaria por la pandemia, se tomaron medidas de distanciamiento social, propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la finalidad de evitar la propagación del virus SARS-CoV-2, entre la población a nivel mundial, como menciona De la Mora (2020), se creó el lema de “quédate en casa”, el cual generó diversas reacciones, entre los ciudadanos, como en los gobiernos.

En ese sentido las medidas de distanciamiento social y el aislamiento en casa redujeron las actividades económicas y la movilidad de las personas en un 90% (Muhammad et al., 2020, como se citó en De la Mora, 2020), haciendo que los países cerraran sus fronteras y prohibieran los viajes al extranjero, en muchas de las ciudades se instauró el toque de queda y creando cercos sanitarios para impedir el acceso a personas ajenas a la comunidad.

Un punto clave, de acuerdo con De la Mora (2020) fue, la suspensión de las interacciones sociales, ya que modificaron las diversas formas de las relaciones familiares y laborales, siendo las tecnologías un punto importante para mantenerse en contacto a la distancia. Caso contrario para la población que trabaja en el sector informal, ya que el retraerse de los espacios públicos representa no tener ingresos económicos para sostener gastos vitales como comida y alojamiento, provocando diferentes reacciones a nivel social y a nivel emocional.

Estas medidas de aislamiento se han mostrado efectivas, Larios-Navarro et al. (2020), comenta que esta medida ha impactado de una u otra manera en la salud mental de las personas, hasta la fecha los datos epidemiológicos sobre los problemas de salud mental no han sido disponibles.

Entre las recomendaciones que propuso la OMS (2020) para el cuidado de la salud mental durante la pandemia se encuentran: mantenerse informado, escuchar los consejos y recomendaciones de las autoridades nacionales y locales, recurrir a fuentes informativas fiables, como la televisión y la radio locales y nacionales, seguir una rutina o establecer nuevas rutinas, reducir la exposición a noticias, el contacto social es importante, mantener un contacto regular con las personas próximas por teléfono o internet, evitar el alcohol y las drogas o limitar el consumo de bebidas alcohólicas o evitarlas por completo, controlar el tiempo de pantalla, no abusar de los videojuegos, utilizar adecuadamente las redes sociales, y ayudar a los demás.

Así mismo, la OMS (2020) recomienda que, si las personas han recibido algún tratamiento por un trastorno de salud mental, es imprescindible que continúe tomando su medicación según las instrucciones y que se asegure de poder restablecerse del medicamento.

1.3 El aislamiento social por COVID-19 y sus repercusiones a la salud mental.

Por salud mental la OMS (2018) se refiere, como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, siendo un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La salud y los problemas mentales están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales. Factores como la inseguridad, desesperanza, rápido cambio social, riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad (OMS n.d.). La salud mental de las personas se puede ver afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, estructuras, recursos de la sociedad y los valores culturales.

La epidemia y las medidas de control llevadas a cabo pueden llevar a un miedo generalizado de la población, logrando conducir a la estigmatización social, de pacientes, familiares y del personal sanitario, acarreando consecuencias psicológicas.

El aislamiento social o como se le conoce comúnmente como la propaganda “quédate en casa”, es la restricción de la circulación de las personas que se encuentra expuestas potencialmente a contraer el virus de COVID-19, y así evitar que las personas que se encuentran infectadas lleguen a contagiar a otros. Separando e introduciendo en cuarentena a aquellas personas que presenten síntomas del virus.

Esta medida de aislamiento ha tenido un efecto negativo en la salud mental de las personas (Brooks et al., 2020, como se citó en Larios-Navarro et al., 2020), los autores señalan una mayor prevalencia de síntomas mentales, como angustia, ansiedad, tristeza, ira, baja autoestima, rabia, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, el suicidio, entre otros, son algunos de los problemas de salud mental que han surgido derivados a la pandemia por COVID-19.

Estas consecuencias mentales son el resultado de factores estresores ligados a la larga duración de la cuarentena, la frustración, aburrimiento, soledad, miedo a contraer la enfermedad o contagiar a alguien, falta de información, pérdidas financieras, estigma de discriminación, desequilibrio económico o el procesamiento de un duelo sin los rituales culturalmente aprendidos, para poder despedir y velar a un familiar, entre otros (Larios-Navarro et al., 2020). El impacto de estos factores en cada individuo varía dependiendo de su esquema mental y del grado de susceptibilidad.

Hernández (2020), alude que cada persona reacciona de modo distinto ante el impacto psicológico provocado por la pandemia, ya que este distanciamiento ha traído reacciones psicológicas que los individuos pueden experimentar con relación a su propio estado de salud y al de otros. Entre los malestares de estas personas se puede encontrar rabia, tristeza, frustración, depresión, o si han sido contagiadas por la negligencia de otro individuo se presenta la preocupación de que sus seres cercanos se vean expuestos a estar en cuarentena, por estar en contacto con él.

Como menciona Caballero-Dominguez y Campos-Arias (2020), el distanciamiento social genera reacciones desadaptativas y adaptativas, las condiciones que generan el aislamiento social se conforman como estresores no normativos que incrementan la posibilidad de presentar por primera vez problemas mentales o la exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes.

Esta situación de aislamiento ha provocado que durante esta pandemia el grupo poblacional que se ha visto mayormente afectado es de los pacientes que padecen múltiples comorbilidades, enfermedades mentales preexistentes, problemas de adicción o enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales, EPOC, asma, entre otros. Larios-Navarro et al. (2020), menciona que estos pacientes son los que han mostrado peores desenlaces, debido a esta situación se les ha considerado como población en riesgo por el virus del SARS-Co-V2. Cabe mencionar que estos pacientes ya tienen una cierta susceptibilidad a padecer trastornos mentales, este hecho y la carga psicológica o el estrés emocional que presenta el aislamiento durante la pandemia, los convierte en un grupo vulnerable, siendo probable que estas restricciones conduzcan a este grupo a una pérdida de la funciones mentales y físicas.

Las reacciones psicológicas ante una pandemia suelen ser agudas, Caballero-Domínguez y Campos-Arias (2020) mencionan que es posible observar secuelas emocionales a largo plazo; estas reacciones dependen de ciertas características individuales como la intolerancia, incertidumbre, vulnerabilidad percibida a la enfermedad o la depresión. Haciendo que el estrés emocional tenga consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de exacerbar enfermedades concomitantes, que son aquellas enfermedades que tiene síntomas secundarios que se presenta con un síntoma principal, y la vulnerabilidad para reunir criterios para un trastorno mental, principalmente trastornos de ansiedad, depresión, y estrés agudo. Siendo que la preocupación exagerada por la salud se representa en diferentes niveles de intensidad, dándole diferentes significados e interpretaciones, muchas veces erróneas, y catastróficas de las sensaciones corporales secundarias al confinamiento preventivo.

La situación por la pandemia de COVID-19 resulta ser estresante para muchas personas, ya que el temor y la ansiedad que causa esta enfermedad llegan a ser

agobiantes y genera emociones fuertes, en adultos y niños. La forma en que la población le hace frente a este brote depende de los antecedentes, de aspectos que los diferencian de otros individuos en la que viven, sin embargo, los individuos pueden tener una reacción más fuerte al estrés en una crisis de este tipo, haciendo que adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y personal de salud, sean más propensos a padecer ansiedad o estrés, derivado de esta situación (Hernández, 2020).

De acuerdo con Hernández (2020) los individuos con mayor riesgo psicosocial ante la pandemia son:

- Dependientes de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas.
- Personas que deambulan por la calle, sin techo o con movilidad reducida.
- Personas con soledad no deseada o con la ausencia de redes de apoyo, o presentar ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- Sujetos con escasos recursos personales para el entretenimiento o con baja capacidad o pobre acceso a la tecnología.
- Individuos con una convivencia en entornos de riesgo (violencia o aislamiento), y con dificultad para comprender el estado de alarma y, por tanto, en riesgo de incumplir.
- Menores de edad o sujetos dependientes de otras personas.
- Personas con la obligación de acudir a su puesto laboral, con la posibilidad de la pérdida de su trabajo.
- Individuos con precariedad o ausencia de recursos económicos.

Otro de los factores de riesgo por esta pandemia a nivel de salud mental, comenta Larios-Navarro et al. (2020), es para las personas que han sido diagnosticadas con enfermedades mentales graves, ya que la ansiedad tiende a estar en niveles altos, durante la pandemia y se presenten síntomas de estrés postraumático o se incrementen los delirios y alucinaciones. Siendo que las formas de comunicación a distancia pueden aumentar la paranoia en ciertos pacientes y las personas con déficit cognitivo pueden no entender la gravedad de la situación.

Hernández (2020) menciona que entre las reacciones en la población afectada por el periodo de cuarentena o aislamiento, se encuentra: miedo a enfermarse o morir, así como evitar acercarse a los centros de salud por temor a infectarse, temor a ser excluidos socialmente si es puesto en cuarentena y estigmatizado por la enfermedad, sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza, temor o preocupación por no poder trabajar durante la cuarentena o el aislamiento y no generar ingresos o ser despedidos de su trabajo, temor a la separación, sentirse impotente por no poder proteger a sus seres queridos y miedo a perderlos. Detonando en problemas de salud mental, como la ansiedad.

Capítulo II Depresión

2.1 ¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida de interés, además de estar acompañada de varios síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (López-Padilla et al., 2017).

La depresión como menciona el National Institute of Mental Health (2021), puede ocasionar síntomas graves que afectan las actividades diarias como comer, dormir o trabajar; es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, raza, ingresos, cultura, nivel educativo, etc; en la actualidad se encuentran investigaciones que sugieren que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos desempeñan una función en la depresión.

Por su parte el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2014), la describen como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Esta a su vez se asocia a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento.

Las personas que se encuentran deprimidas suelen sentir cierta impotencia ante la situación, pensando que son más débiles o menos competentes. El DSM-5 (2020) menciona que el grado de depresión puede variar desde leve, que consiste, en que los síntomas afectan poco la vida diaria o lo hacen en un tema o situación específica; la depresión moderada, consiste cuando los síntomas y las limitaciones son moderadas; la depresión grave, presenta muchos síntomas que pueden causar deterioro o incapacidad en diferentes situaciones de la vida.

En estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017), menciona que el 4.4% de la población mundial padece depresión, siendo más común en las mujeres. Por otro lado, las cifras del INEGI (2017) menciona que el 32.5% de la población mexicana padece depresión, estas cifras son importantes, ya que nos

dan un panorama de la situación de la salud mental de las personas y las cuales requieren atención para evitar los suicidios, ya que datos del INEGI (2020) registra 7896 defunciones por suicidio en el año 2020, en este caso esta cifra pudo haberse incrementado en los últimos años debido a la pandemia por Covid-19.

Como menciona Nezu et al. (2006), la persona puede desarrollar y experimentar un episodio depresivo mayor, que es diferente a solo sentirse triste, su principal diferencia consiste en el grupo de síntomas que persisten en un periodo de al menos dos semanas.

Entre los síntomas se encuentran:

- Ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza, ansiedad, vacío o poca valía.
- Pérdida de interés por las actividades que antes se disfrutaba o tener escaso placer al realizarlas.
- Irritabilidad, frustración o intranquilidad.
- Pérdida de energía o cansancio, retardo psicomotor.
- Problemas de sueño, insomnio o hipersomnia.
- Cambios en el apetito o en el peso.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Pérdida de interés sexual.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos o críticas excesivas hacia uno mismo.
- Deseos de muerte o ideas suicidas.
- Dolor en diferentes partes del cuerpo.
- Molestias abdominales o problemas digestivos.
- Intentos o pensamientos de suicidio.

Algunas veces las personas con depresión pueden experimentar preocupaciones constantes que pueden generar ansiedad. Las causas de la depresión son desconocidas, ya que son diferentes los factores que la pueden detonar, como una combinación de

factores psicológicos, genéticos y bioquímicos; factores psicológicos relacionados con la personalidad o circunstancias que detonen estos sentimientos.

Es importante tener en cuenta en el momento del diagnóstico diferenciar el duelo y un episodio de depresión, el DSM-5 (2020), menciona que el primero, el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, la disforia del duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, denominadas “punzadas de duelo”, las cuales se asocian a pensamientos y recuerdos del difunto. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y de emociones positivas; el contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto y la autoestima se conserva. Mientras que en un episodio de depresión el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer son persistentes, el estado de ánimo deprimido es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos, este tipo de episodio genera sentimientos de intensa infelicidad y miseria, acompañados de sentimientos de poca valía, autocrítica y pensamientos rumiantes pesimistas.

2.2 Los diferentes tipos de depresión.

El DSM-5 (2020), menciona que existen diferentes tipos de depresión, los cuales nos pueden ayudar a detectar el tipo y origen:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: consiste en una irritabilidad crónica, grave y persistente, esta irritabilidad cuenta con accesos de cólera frecuentes, en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales.
- Depresión mayor: implica síntomas de depresión la mayoría del tiempo durante por lo menos dos semanas, estos síntomas interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar y comer.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): incluye síntomas de depresión menos graves que duran mucho más tiempo, por lo menos durante 2 años.

- Trastorno disfórico premenstrual: expresión de la labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: incluyen síntomas depresivos que se asocian al consumo, inyección o la inhalación de una sustancia como droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica u otra medicación.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: disminución del placer o interés en casi todas las actividades, y estos se encuentran relacionados con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica general.
- Depresión perinatal: cuando una mujer sufre depresión durante el embarazo o después del parto.
- Trastorno afectivo estacional: aparece y desaparece con las estaciones del año.
- Depresión con síntomas de psicosis: una persona muestra síntomas de psicosis, como tener creencias falsas fijas y perturbadoras como delirios o escuchar o ver cosas que otros no pueden oír o ver como alucinaciones.

2.3 Diagnóstico de la depresión.

El National Institute of Mental Health (2021), comenta que para diagnosticar depresión a una persona esta debe de presentar cinco síntomas de la enfermedad todos los días, casi todo el día, por lo menos durante dos semanas; uno de los síntomas debe ser un estado de ánimo depresivo o la pérdida de placer o interés en casi todas las actividades y el aumento de la fatigabilidad.

La depresión puede afectar a las personas de diferente manera, según su edad, en niños se pueden mostrar como ansiosos, malhumorados, fingir estar enfermos, negarse a ir a la escuela, aferrarse a sus padres o preocuparse de que uno fallezca. En niños más grandes y adolescentes, la depresión se puede manifestar como problemas en la escuela, baja autoestima, estar callados, frustrarse fácilmente, sentirse intranquilos, ansiedad, trastornos de la alimentación, déficit de la atención con hiperactividad, consumo de drogas, somnolencia o mayor apetito.

Existen tres niveles de síndromes somáticos, que nos pueden ayudar a comprender a qué grado se encuentra el estado de depresión en una persona, los describe el Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad en la guía de práctica clínica (2014):

- Episodio depresivo leve: la persona está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- Episodio depresivo moderado: la persona tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave: presentan síntomas marcados y angustiantes principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

El DSM-5 (2020) menciona que si cinco o más de los siguientes síntomas están presentes durante el periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo de la persona:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Nezu et al. (2006) menciona que existen evaluaciones que nos pueden ayudar a medir la gravedad de los síntomas depresivos como:

- Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960; Escala de Hamilton para la Depresión). Escala de uso común de 17 puntos que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos.
- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Endicott y Spitzer, 1978; Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia). Proporciona medios para diagnosticar de manera diferencial la depresión.
- Beck Depression Inventory, 2nd. ed. (Beck, Steer, Brown, 1996; Inventario de Depresión de Beck). El cuestionario autoaplicable más común para medir la gravedad de los síntomas de la depresión. La segunda revisión, que conserva los 21 puntos, se basa en los criterios del DSM-IV.
- Carroll Depression Scale–Revised (Carroll, 1998; Escala de Depresión de Carroll-Revisada). Escala de 61 puntos que evalúa la sintomatología depresiva de los días inmediatos anteriores.
- Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977; Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos). Escala autoaplicable de 20 puntos diseñada para el público en general.
- Zung Depression Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965; Escala de Depresión de Zung). Escala autoaplicable de 20 puntos que determina la gravedad de la depresión en el momento de su llenado.

2.4. Tratamiento

Existen diferentes tipos de tratamiento para la depresión estos incluyen medicamentos, psicoterapia o ambos, el tratamiento tiene como objetivo mejorar los síntomas depresivos, recuperar el nivel de funcionamiento psicosocial previo y prevenir futuros episodios depresivos, en casos leves de depresión el tratamiento puede empezar solo con psicoterapia y se añade medicamentos si la persona continúa teniendo síntomas. (National Institute of Mental Health, 2021).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015), menciona que entre los medicamentos para la depresión se encuentran: amitriptilina, anfebutamona, citalopram, fluoxetina e imipramina. Antes de iniciar la medicación se debe tener en cuenta la edad del paciente, los episodios recurrentes, cronicidad o con síntomas psicóticos asociados, episodios graves o dificultad para tratar los episodios, comorbilidad importante mental o física, síntomas residuales, falta de remisión durante el episodio actual, historia de recurrencia tras el cese del tratamiento antidepresivo.

Entre el tratamiento psicoterapéutico según el Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad en la guía de práctica clínica (2014) encontramos: terapia cognitivo conductual, activación conductual, terapia de solución de problemas, terapia incluyendo a la pareja, terapia interpersonal, counselling, terapia psicodinámica breve, otras intervenciones psicoterapéuticas.

2.5 Depresión en el contexto por COVID-19

En la actualidad hemos vivido en una pandemia por COVID-19, que marcó la vida de las personas, a finales del 2019 fue notificado el primer brote en la provincia de Wuhan en China, posteriormente el 30 de enero del 2020 se declara emergencia de salud pública como mencionan Díaz-Castrillón y Toro-Montoya (2020), a este tipo de virus se le conoció como COVID-19, SARS-Cov-2, el cual es capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, que en algunas personas puede ocasionar la muerte.

El COVID-19 se extendió rápidamente por todo el mundo provocando miedo y preocupación en la población, principalmente en adultos mayores, proveedores de atención, proveedores de salud y personas con afección a la salud subyacentes. Esta pandemia no solo ha traído consecuencias en la salud física de las personas contagiadas, también ha cambiado la vida de muchas personas y las costumbres y rutinas diarias, trayendo consigo incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse; situación que se agravó por el desconocimiento de su duración (Hernández, 2020).

La Confederación de Salud Mental en España (2021), menciona que los problemas de salud física, el aislamiento, falta de contacto social, dificultad en la conciliación con la vida personal, cambios de hábitos, problemas laborales, comenzaron a perjudicar a la salud de la población, ya que el exceso de información y los rumores infundados pudieron hacer que las personas se sientan sin control y no tengan claro qué hacer, por esta causa los individuos sienten la sensación de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad; por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos, esta pandemia tiene un impacto en la actividad social, interacciones y los comportamientos en múltiples niveles; en cuestiones emocionales las actividades de aislamiento y distanciamiento social han ocasionado depresión y ansiedad.

El temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, tanto en adultos como en niños. La forma en que la población responde al brote depende de sus antecedentes y de la comunidad en la que se vive, entre los grupos más vulnerables como menciona Hernandez (2020), se encuentran: adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, niños y adolescentes, personas con enfermedades mentales, personas con abuso de sustancias, personal de la salud. Las personas que superan la enfermedad por COVID-19 pueden tener un mayor riesgo de tener secuelas en su salud mental, ya que una de cada 5 personas que han pasado por la enfermedad, se han enfrentado a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. Los pensamientos suicidas han aumentado entre un 8% y un 10%,

especialmente en personas adultas (Confederación de Salud Mental en España, 2021, como se citó en O'Connor, 2020).

Como comenta Hernández (2020) entre las circunstancias que propician un mayor riesgo psico social ante la pandemia de COVID-19 son:

- Dependientes de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas.
- Personas que deambulan por la calle, sin techo o con movilidad reducida.
- Personas con soledad no deseada o con ausencia de redes de apoyo, presentar ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- Sujetos con escasos recursos personales para el entretenimiento o con baja capacidad o pobre acceso a la tecnología.
- Individuos con una convivencia en entornos de riesgo (violencia o aislamiento) y con dificultad para comprender el estado de alarma y por tanto en riesgo de incumplir.
- Menores de edad o sujetos dependientes de otras personas.
- Personas con la obligación de acudir a su puesto laboral con la posibilidad de pérdida de su trabajo.
- Individuos con precariedad o ausencia de recursos económicos.

El centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2021), menciona que las medidas propuestas por el sector de salud pública, como el distanciamiento social, pueden hacer que las personas se sientan aisladas y en soledad siendo posible que aumente el estrés y la ansiedad, pero estas medidas son necesarias para la reducción del virus, entre los síntomas de depresión se encuentran:

- Temor y preocupación por la salud y de seres queridos.
- Temor por la situación financiera o laboral o pérdida de servicios de apoyo.
- Pérdida de redes de apoyo.
- Sensación de vacío.
- Cambios en patrones de sueño.
- Cambio en patrones alimenticios.
- Dificultad para concentrarse.

- Dificultad para dormir.

Así mismo en un estudio realizado por el Observatorio Psicología Social Aplicada (2021) menciona que las personas con infección por COVID-19 son más propensas a desarrollar depresión crónica u otras patologías mentales. Entre los efectos de la depresión se encuentra la pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban. Este estudio se realizó a una población argentina, en el cual el 56.74% de la población presentó sintomatología depresiva, y su mayoría se encontraba entre depresión moderada y leve, en donde los participantes con un estado socioeconómico bajo presentaron puntajes más elevados de sintomatología depresiva.

Las personas que llegaron a ser infectadas de COVID-19 muestran elevados niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, las pandemias son estresores multidimensionales que afectan a diversas áreas de la vida de las personas obligándolas a un esfuerzo de adaptación mayor.

Capítulo III. Modelos cognitivo-conductual

3.1 ¿Qué es la terapia cognitivo conductual (TCC)?

Las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), como menciona Ibáñez y Manzanera (2012) son un acercamiento útil y eficaz en el manejo de varios trastornos emocionales como, la depresión, trastornos de ansiedad, hipocondría, trastornos adaptativos y para una variedad extensa de síntomas emocionales no clasificados como: el estrés, ira y frustración. De la misma forma esta técnica influye de una manera efectiva en el tratamiento de diabetes, epilepsia, dolor crónico, síndrome del intestino irritable e insomnio.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento como indica Polo y Padilla (2011), de diversos trastornos mentales, cuya base es la relación entre pensamientos, emoción y conducta, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas. Esta terapia surgió al combinarse la corriente conductual y la corriente del cognitivismo, existiendo una relación intrínseca entre pensamiento, emoción y conducta, y que los cambios en algunos de sus componentes tendrán consecuencias sobre los demás.

Este tipo de terapia nos ayuda a entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea y cómo las acciones del individuo pueden afectar sus propios pensamientos y sentimientos. A diferencia de otro tipo de terapias la TCC, se centra en los problemas y dificultades del aquí y del ahora (Royal College of Psychiatrists, 2008).

La TCC, se basa en cuatro pilares, como menciona Minici y Rivadeneira (2001), los cuales consisten en el aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. Ibáñez y Manzanera (2012) parten del modelo teórico del aprendizaje basado en los principios del condicionamiento clásico, operante y del aprendizaje vicario, este tipo de técnica se le conoce como de segunda generación. La

modificación de la conducta fue un término acuñado por Skinner, Solomon y Lindsley en 1950. A finales de los 70' comienza el proceso de integración con otros procedimientos, con un fuerte énfasis en lo cognitivo, fortaleciéndose la terapia cognitiva, siendo sus precursores Aaron T, Beck y Albert Ellis.

Este tipo de terapia utiliza el método científico para probar mediante la investigación la eficacia de sus técnicas, además de conformarse por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica, después de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente.

Por su parte Ruiz (2011) menciona que su método terapéutico pretende descubrir las irracionalidades de los pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas, que son consecuencias de los esquemas mentales distorsionados, por lo tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales seremos capaces de generar nuevos estados emocionales, menos dolorosas y más acorde con la realidad, por lo tanto, más racionales y realistas. La TCC maneja la hipótesis que no son los acontecimientos los que nos generan los estados emocionales, si no la manera de interpretarlos.

El Royal College of Psychiatrists (2008) menciona que se ha demostrado que este tipo de modelo es útil para tratar: la ansiedad, depresión, trastornos de ansiedad, pánico, agorafobia, fobia social, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y esquizofrenia.

Este modelo ayuda a entender mejor el problema desmenuzando en diferentes áreas a evaluar (Ibáñez & Manzanera, 2012):

- Estímulos disparadores.
- Pensamientos.
- Emociones y síntomas físicos.
- Conducta.
- Consecuencias.
- Organismo y factores medioambientales.

Estas áreas interactúan entre ellas produciendo y manteniendo los problemas específicos en cada persona. Esta forma de evaluar se va a aludir como análisis funcional de la conducta, el cual se encuentra integrado como mencionan Ibáñez y Manzanera (2012):

- Estímulos disparadores: situaciones, personas, sensaciones, recuerdos que elicitán o desencadenan el problema.
- Respuesta cognitiva: pensamientos que la persona genera al recordar.
- Respuesta fisiológica: síntomas físicos y emociones que la persona tiene al tener esa respuesta cognitiva.
- Respuesta conductual: es la forma de actuar que tiene la persona ante esos pensamientos y emociones, por lo general son de ansiedad, estrés, escape o evitación, lo que genera miedo.
- Consecuencias: resultado de la respuesta conductual.
- Organismo y factores medioambientales. Conocer a la persona al margen del problema que presenta. (historia de aprendizaje, variables biológicas, estilo personal, habilidades propias, habilidades de afrontamiento, sistema de refuerzos, personas significativas, tratamientos anteriores, expectativas hacia el tratamiento).

En primera instancia se guía a los individuos a monitorear y reconocer pensamientos automáticos negativos, a averiguar cómo estos pensamientos dan lugar a pensamientos, conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. En segundo lugar, se instruye al individuo acerca de cómo examinar la exactitud y la utilidad de dichos pensamientos, ponerlos a prueba, empíricamente y a encontrar un nuevo refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas. En tercer lugar, al aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas se exhorta a los individuos a caracterizar y modificar creencias centrales e intermedias, que son la base de esos pensamientos (Polo & Padilla, 2011).

Ibáñez y Manzanera (2012), mencionan que las técnicas cognitivo-conductuales se pueden utilizar en asociación al tratamiento farmacológico, de hecho, la incorporación de

ambos tipos de tratamiento es de indicación en la mayoría de los cuadros psiquiátricos, trastornos afectivos, de ansiedad e incluso en muchas psicosis esquizofrénicas.

Una de las críticas a esta terapia es que como mencionan Minici y Rivadeneira (2001) es que los síntomas retornarán, sin embargo, existen estudios a seguimientos que mencionan que la mayoría de las veces no se produce, ya que los índices de eficacia de la TCC, para algunos trastornos como el de la ansiedad, rondan en el 90% de casos recuperados o mejorados.

A continuación, se describen técnicas cognitivo-conductuales

3.1.1 Psicoeducación

Es una aproximación terapéutica como menciona Godoy et al. (2020), en la cual se proporciona al paciente y a sus familiares información específica acerca de su enfermedad y tratamiento. Busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. Es una herramienta de cambio ya que involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Su objetivo directo consiste en entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada persona. En la medida en que las personas puedan reconocer las características y sintomatología de su enfermedad, pueden recurrir de manera temprana a centros de atención.

3.1.2 Técnicas de relajación:

Son técnicas que sirven como base para ayudar a superar la ansiedad, las fobias o los ataques de pánico, y aunque se ha detenido en definirse por su referencia

exclusivamente a su correlato fisiológico, la relajación en sentido estricto constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan siendo parte del proceso. (Chóliz, n.d.). entre estas técnicas encontramos:

- Respiración abdominal o diafragmática: esta técnica utiliza el diafragma, ocasionando que el estómago suba y baje.
- Relajación autógena: En esta técnica de relajación, se usa tanto las imágenes visuales como la conciencia corporal para reducir el estrés.
- Relajación muscular progresiva: En esta técnica de relajación se concentra en tensar lentamente cada grupo muscular y, luego, relajarlo.
- Visualización: En esta técnica de relajación, puede formar imágenes mentales para hacer un recorrido visual hacia un lugar o una situación pacífica y tranquila.
- Meditación: práctica de autocontrol que regula el cuerpo y la mente hacia un estado de profunda relajación.

3.1.3. Entrenamiento en solución de problemas

Ruiz et al. (2012) menciona que el modelo de solución de problemas es una intervención cognitivo conductual, basada en la teoría del aprendizaje social, en la cual la gente reacciona y maneja sus vidas basándose en su valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Este modelo se encuentra dirigido a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, afrontar experiencias estresantes de la vida, conseguir identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes.

Tiene un ámbito de aplicación muy amplio y es un tipo de terapia breve y relativamente sistemática. Que aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores como acontecimientos traumáticos y estresores menores como problemas cotidianos crónicos y a reducir problemas de salud mental y de salud física como menciona Ruiz et al. (2012).

Como menciona Nezu et al. (2006), el modelo de solución de problemas tiene como metas ayudar a los individuos deprimidos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo, minimizando el grado en que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros, aumenta la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en ese momento y ayuda a diseñar habilidades generales que permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos.

Nezu et al. (2014) comenta que la orientación hacia el problema se refiere al conjunto de esquemas cognitivo-afectivos relativamente estables que representan las creencias, actitudes y reacciones emocionales generalizadas que una persona tiene cerca de los problemas y el estrés del entorno de la vida cotidiana y de la propia capacidad para enfrentarse exitosamente a ellos.

Existen cinco habilidades específicas que interactúan para tener un efecto sobre la solución eficaz de problema, para el entrenamiento específico de solución de problemas, entre estas fases se encuentran (D'Zurilla & Goldfried, 1971 como se citó en Ruiz et al., 2012):

1. Orientación hacia el problema: es una etapa básica de cuyos resultados dependería los resultados del resto de las fases de la terapia, ya que hace referencia al modo en que el individuo considera su habilidad para afrontar el problema.
2. Definición y formulación del problema: en esta fase se recopila la información relevante sobre el problema a partir de los hechos, es importante tener en cuenta que no siempre toda la información relevante está accesible a la conciencia del individuo, esta fase se encuentra relacionada con la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar.
3. Generación de alternativas de solución: generación de soluciones alternativas, que se ponen en marcha para llegar a generar numerosas soluciones para el problema, implica la producción creativa de métodos para solucionar los

problemas y lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo juicios acerca de la eficacia de las soluciones.

4. Toma de decisiones: analizar opciones que lleven a una solución más adaptativa y descartara haciendo un análisis de ventajas e inconvenientes, aquellas que no son realistas.
5. Implementación de la solución y verificación: una vez diseñado el plan de acción se llevará a cabo cada uno de los pasos y se valoraran paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implantación progresiva del plan de acción.

Como comenta Areán (2000), en este modelo de solución de problemas la depresión es el resultado de la interacción dinámica de los acontecimientos negativos de la vida, problemas cotidianos, capacidad de solución de problemas y el malestar emocional. Si una persona no se ve a sí misma capaz de resolver un problema concreto, es improbable que inicie el proceso de solución de problemas. Del mismo modo, si una persona puede generar soluciones, pero es incapaz de decidir cuál es la mejor de todas ellas, entonces el proceso de solución de problemas se detiene.

3.1.4 Mindfulness o atención plena

Durante los últimos años ha surgido una nueva generación de terapia de conducta, dentro del ámbito de la terapia de conducta o terapia cognitivo-conductual, como menciona Perez-Alvarez (2006), esta tercera generación existe de forma déctica. Por su parte Perez (2008), menciona que este término fue dado por Steven Hayes, el autor de ellas en un artículo del 2004, situando el surgimiento de la tercera generación en los años 90'. Esta nueva "ola" de terapias cognitivas y conductuales, como hacen referencia los autores, son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos y no solo a las formas, enfatizando el uso de estrategias de cambios basada en la experiencia y en el contexto (Coutiño, 2012).

En este grupo de tercera generación como señala Barraca (2009) se incluyen la terapia de aceptación y compromiso: ACT, la psicoterapia analítico funcional: FAP, terapia de activación conductual: BA, terapia integral de pareja: IBCT, terapia conductual dialéctica: DBT, la terapia que es la de atención plena o mindfulness, y otras variantes de la terapia cognitivo conductual. Es posible afirmar que estas modalidades de trabajo en la clínica tienen en común un planteamiento contextual, otorgando un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, ya que toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales.

Estas nuevas terapias tienen en común una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos, esta perspectiva contextual engloba eventos vistos de una perspectiva de un todo, ser sensible al papel del contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de un evento, enfatizar en el criterio de verdad pragmático y especificar las metas u objetos científicos los cuales son aplicados bajo el hecho de verdad pragmática (Pérez, 2008).

A continuación, nos enfocaremos a la técnica de mindfulness o atención plena:

La palabra mindfulness por cuestiones históricas está derivada del vocablo inglés, pero la raíz de su nombre proviene de descripciones budistas, como propone Kabat-Zinn & Williams (2017), proviene de las descripciones de satipatthana, en donde la palabra mindfulness se encuentra de la palabra en pali, “sati” que significa memoria, y comprensión clara “sampajañña”, el término “sati” adquiere un nuevo significado como “conciencia lúcida”, y esto sirve como puente entre la función observacional y el desarrollo de la comprensión profunda.

Haciendo que la experiencia del mindfulness guarde relación con el hecho de estar en contacto, de examinar quienes somos, de cuestionar nuestra visión del mundo y cultivarla capacidad de apreciar cada momento.

Por su parte Coutiño (2012) refiere que esta técnica surge al atender intencionalmente a la experiencia propia, momento a momento aceptándola sin juzgarla, desarrollando así una nueva perspectiva sobre los pensamientos y los sentimientos, en

las que se les reconoce como eventos mentales y no como aspectos del ser o reflejos exactos de la realidad. La práctica repetida de la atención plena permite a la persona desarrollar la habilidad de apartarse tranquilamente de los pensamientos y los sentimientos durante las situaciones de estrés, en lugar de engancharse a preocupaciones ansiosas u otros patrones negativos de pensamiento, que podrían desencadenar un ciclo de estrés y ansiedad continuo.

Es probable que llegamos a pensar que el mindfulness es igual a la meditación, pues ambos se encuentran mencionados en el budismo y ambas aportan beneficios a la salud física y mental del individuo, y estas tienen mucho en común, Raij (2017) menciona las diferencias entre mindfulness y meditación:

- **Meditación:** la palabra deriva del latín “mederi” que significa sanar y viene de la misma raíz que médico, medicina o remedio, meditar implica un proceso de autoconocimiento que nos ayuda a regular o estabilizar la mente y cambiar aspectos fundamentales de nuestro carácter para transformarse al ser, ya que esto requiere de una conexión profunda para conocer las raíces de la personalidad de cada individuo en donde se realiza una conexión con algo sagrado.
- **Mindfulness:** en este caso la conexión con lo sagrado no está presente, pero sí la profunda relación con la mente y la conciencia forma parte de las prácticas budistas, en la cual es clave entender el concepto de las cuatro nobles verdades, en donde es fundamental entender la aceptación, controlar los deseos y soltar. A diferencia de la meditación no busca transformar los pensamientos, sino observarlos a medida que fluyen en la mente, como si se pudiera tomar cierta distancia de ellos y contemplarlos sin prejuicios. Haciendo que el individuo se encuentre presente en cada momento, atento de lo que sucede en su mente y en el mundo que lo rodea.

Capítulo IV. Propuesta de taller para depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19.

A lo largo del manuscrito, se puede identificar las consecuencias en salud mental que pueden presentar las personas debido a la pandemia por COVID-19. Como se ha revisado en la teoría, una de ellas es la depresión que puede ser ocasionada, por la pérdida de trabajo, pérdida de seres queridos, el aislamiento, la incertidumbre de no saber qué va a pasar, adaptarse a nuevas formas de trabajo, preocupación de adquirir el virus, entre otras. Con este objetivo se pensó en realizar una propuesta de taller, para que personas que estén pasando por depresión menor tengan una red de apoyo y a su vez, a través de técnicas grupales y técnicas cognitivo-conductuales, puedan aprender a desarrollar estrategias para afrontar la depresión ocasionada por Covid-19.

4.1 ¿Qué es un taller?

Un taller hace referencia a un aula o salón específico de uso común dedicado a unas actividades concretas donde los asistentes pueden acudir o no. No existen alteraciones ni en la estructura del espacio del centro, ni en el aula o salón, ni en la continuidad de los expositores (Rodríguez, 2014, como se citó en González, 1988). Los talleres son útiles para la trasmisión de información y la adquisición de capacidades que permitan potenciar la formación integral de la persona. Además de estar dirigidos a la adquisición de conocimientos relacionados con determinados temas, también están dirigidos a favorecer el desarrollo de habilidades, valores y hábitos que contribuyen a mantener estilos de vida sanos (Rodríguez, 2014, como se citó en Abrile, 1994).

Para planificar un taller entre los pasos que nos recomienda Rodríguez (2014) se encuentran:

- Definir los objetivos del taller: qué es lo que se intenta conseguir con el taller y por qué es importante hacerlo.

- Examinar quién va a ser la audiencia: determinar quiénes van a ser los participantes.
- Determinar el método de enseñanza y diseñar actividades apropiadas: al establecer los objetivos de la sesión, se debe decidir si el formato del taller es el apropiado.
- Presentar a los participantes entre sí: presentación de los integrantes
- Contar con los objetivos de la sesión: mencionar al grupo lo que se espera en el tiempo disponible, decir lo que se va a hacer y lo que no se va a hacer.
- Crear un ambiente relajado para aprender: presentarse ante todos los miembros ayuda a crear un ambiente de cooperación mutua y colaboración.
- Fomentar la participación y permitir la resolución de problemas: involucrar a todos los participantes en todas las etapas de la sesión.
- Brindar información relevante y práctica: los asistentes deben reconocer que aprendieron algo.
- Recordar los principios del aprendizaje de adultos: los adultos se interesan en situaciones de aprendizaje con distintas motivaciones y expectativas sobre los objetivos y métodos del taller.
- Cambiar las actividades y el estilo: el taller debe llevar un ritmo adecuado que ayude a mantener la atención de los participantes.
- Resumir la sesión y pedir retroalimentación al grupo.

Los talleres que dependen de su dinámica grupal presentan diferentes características, como:

- a) Vivenciales: en donde se aprende haciendo y compartiendo experiencias.
- b) Metodología multidisciplinar: se utilizan métodos de formación y técnicas de transformación basadas en áreas diversas y complementarias
- c) Modulares: cada etapa del taller forma una unidad en sí mismo, por lo que a su término el participante siempre se lleva a casa algún beneficio.
- d) Digeribles entre etapa y etapa hay tiempo suficiente para integrar e implementar los conocimientos aprendidos.

Las personas pueden llegar a acudir a talleres que brindan un tratamiento, por diversas razones, ya sea por la desesperanza, el aislamiento social, desmoralización, depresión, sentimiento de fracaso y falta de valor. La diversidad de problemas que presenta la persona o su estructura subyacente va a influir en el taller que decida asistir. (López, 2014, como se citó en Calle, 2000). El taller está dirigido a fomentar la interacción de un grupo de personas, estableciendo una relación entre ellas, ya que la formación de un grupo constituye un esfuerzo para que se dé un proceso de cambio. Las personas que se integran a un taller, es debido a que se encuentran en una situación en que sus límites personales se ven amenazados y tiene el deseo de conservar su sentimiento de autonomía.

4.2 Grupo terapéutico

Un grupo terapéutico como menciona Serebrinsky (2012), es un sistema en el que confluyen operativamente los requerimientos de una multiplicidad de sistemas humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y particular manera de significar el mundo. Es un procedimiento como menciona López (2010), que consiste en un lugar donde personas con problemas emocionales, sociales o conductuales se reúnen en grupo, dirigido por un terapeuta entrenado, ayudándose unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad, en donde el terapeuta dirige las interacciones de los miembros del grupo logren sus cambios.

Así mismo, siguiendo la misma línea de López (2010) esta terapia con un enfoque cognitivo conductual ayuda a los miembros del grupo a eliminar conductas inadaptadas y aprender nuevos patrones de conducta más efectivos. El terapeuta imparte métodos para modificar la conducta para que los pacientes fuera del hogar lo hagan.

En un grupo, los pacientes además de ser escuchados son observados, sus conductas, sus interacciones dan cuenta de aquellas relaciones vinculares de las que es difícil hablar. En el espacio grupal se actualizan estas relaciones externas dentro del espacio terapéutico.

4.3. Planeación del taller.

- Objetivo del taller: Diseñar un taller centrado en técnicas cognitivo-conductuales, para la depresión ocasionada por Covid-19 en una población adulta.
- Modalidad del taller: este taller es de forma presencial, en un aula, con las medidas sanitarias correspondientes.
- Numero de ponentes: 2
- Habilidades de los ponentes: Conocimiento de la Terapia Cognitivo Conductual, manejo de grupos, habilidades de conciliación y conocimiento de talleres.
- Audiencia: Este taller está dirigido a una población masculina adulta de 25-45 años, que piensen o tengan síntomas de depresión menor en el contexto de la pandemia por Covid-19, no es necesario que la población tenga conocimientos específicos de la enfermedad. La población adulta se debe encontrar interesada en adquirir herramientas para enfrentar los síntomas de depresión.
- Criterios de inclusión:
 - Síntomas leves de depresión
 - Evaluación del periodo de tiempo en el que aparecieron los síntomas durante la pandemia por COVID-19.
- Criterios de exclusión:
 - Síntomas moderados o graves de depresión.
 - No desear participar en el taller.
 - No firmar el consentimiento informado
- Evaluación previa al taller: antes de iniciar el taller se aplicará el Inventario de depresión de Beck, para poder observar el grado de depresión de los participantes, si la depresión es leve o ligera se integrará al taller. En caso contrario, si el participante presenta síntomas moderados o graves, se les canalizará con un profesional de salud, que los pueda ayudar.
- Evaluación sociodemográfica: se realizará una evaluación sociodemográfica para obtener datos como:
 - Nombre

- Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Estado civil
 - Domicilio
- Número de sesiones: El taller tiene 5 sesiones con duración de 2 hrs cada una.
 - Número de participantes: un mínimo de 5 a un máximo de 10 personas.

Sesión 1.

Objetivo: Describir el objetivo del taller, que los participantes conozcan acerca de que es el COVID-19 y las consecuencias emocionales que pueden presentar, así como los síntomas de depresión.

Materiales: Fichas bibliográficas, plumones, aula, pizarrón, sillas, plumas

Instrucciones:

a) Presentación del taller:

En esta etapa se presenta el ponente, señala los objetivos del taller, a su vez, pide a los participantes que realicen un gafete con su nombre o que escriban como les gusta que los llamen y que lo decoren a su gusto, se les pide a los participantes que se presenten ante los demás, diciendo su nombre, su edad, a que se dedican, estado civil, el motivo por el que acuden al taller y qué expectativas tienen de este. Los participantes se encontrarán sentados en un semi círculo.

b) Aplicación de psicoeducación:

En esta fase el ponente puede utilizar dinámicas diferentes para integrar a los participantes y romper el hielo, la dinámica propuesta para esta sesión del taller se llama “inflarse como globos”, dinámica propuesta por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (n.d.), en esta dinámica grupal hace que los participantes toman respiraciones

profundas, estando de pie y con los ojos cerrados, a medida que se vayan llenando los pulmones de aire, irán levantando los brazos, después sueltan el aire y comienzan a hacer como que se arrugan como globos, desinflándose, se repite varias veces.

Posteriormente el ponente pregunta a los participantes ¿Qué saben acerca del Covid-19?, y posteriormente pregunta a los participantes ¿Qué es para ellos la depresión? esto ayuda al ponente a saber desde qué punto partir y en qué parte hacer mayor énfasis, el ponente apunta en el pizarrón ideas clave de las respuestas y percepciones de los participantes, al saber esto la ponente plática en forma sencilla qué es el Covid-19 y en qué consiste la depresión. A continuación, el ponente hace uso del pizarrón y de las columnas en donde se encuentran acomodadas las ideas claves de lo que los participantes saben del Covid-19 y lo que es para ellos la depresión. El ponente describirá a los participantes que sentir depresión y otras emociones derivadas de esta, son comunes en situaciones adversas.

Cierre: Para finalizar esta sesión se les pedirá a los participantes que visualicen momentos felices, posteriormente se va a empezar una ronda y se regresará al participante. Se aclararán las dudas y se hará el cierre de la primera sesión.

Sesión 2

Objetivo: Enseñar la técnica de respiración abdominal o diafragmática.

Materiales: Aula, grabadora, conexión a internet, difusor, esencia de lavanda (opcional). En un texto de Saz & Ortíz (2007), menciona que la aromaterapia o uso de esencias de plantas pueden afectar o alterar el estado de comportamiento de una persona y facilitar un bienestar físico, mental y emocional.

Indicaciones:

- Saludar a los participantes y mencionar el objetivo de la sesión, posteriormente se animará a los participantes a que cuenten su experiencia de la sesión pasada.

- Al terminar la retroalimentación el ponente hablará acerca de los beneficios de la respiración abdominal o diafragmática y realizarán un ejercicio de respiración abdominal.
- El ponente organizará a las personas en parejas y realizarán la actividad que se llama “conversación con las manos”, dinámica propuesta por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (n.d.), en esta dinámica se van a colocar frente a frente, observándose en silencio. Posteriormente se sientan en la misma ubicación sin tocarse, extienden sus brazos enfrente de ellos mismos y se les piden que conozcan y exploren las manos de la persona que tienen enfrente. Posteriormente el ponente da las instrucciones de que transmitir con las manos.
 - Digan “hola”, con sus manos y empiecen a conocerlas. Ahora cierren los ojos y van a expresar diferentes sensaciones:
 - Alegría
 - Ternura
 - Protección
 - Dominación
 - Sumisión y suplicantes
 - Tristeza
 - Vitalidad
 - Pagadas y pasivas
 - Arrogancia
 - Coraje
 - Timidez
 - Depresión
 - Desprecio
 - Aceptación
 - Felicidad
 - Amor

Subsiguientemente el ponente les pedirá que, al contar con un vocabulario no verbal, mantengan una conversación con las manos. Vean cómo pueden expresarse mutuamente, cómo se sienten y qué sucede entre los participantes. A continuación, les

pedirá que comiencen a despedirse lentamente, en silencio de las manos que han tocado. Tomen conciencia de sus manos y de cómo se sienten ahora que vuelven a estar con ellos mismos. Reflexionen lo vivenciado, a la señal del facilitador, abran los ojos y se dará espacio para compartir lo vivido, sentido, experimentado.

Sesión 3

Objetivo: Se enseñará que es el mindfulness y cómo puede ser una herramienta para utilizar, que ayuda con la depresión.

- El ponente pedirá a los participantes que se acomoden como ellos gusten ya sea acostados o sentados, el ponente va a guiar a los participantes, les dirá que respiren y que poco a poco cierren los ojos, que fijen poco a poco su atención en su respiración, que inhalen sin hacer fuerza, hagan una pausa, expulsen el aire y que vuelvan a hacer una pausa, que perciban su entorno que los rodea, que escuchen lo que está a su alrededor, lo que escuchan, lo que sienten, lo que huelen, lo que tocan y lo acepten tal cual es sin poner resistencia y poner pensamientos de juicio, les dice que permitan que el reloj avance sin intención de detenerlo, que permitan que todo fluya naturalmente, sintiendo el ahora, que observen sin juzgar. Descubriendo el ritmo de su respiración. Se encuentran inhalando y exhalando. Notan que con cada movimiento natural de su cuerpo al respirar vuelven a sentir el ahora. Cuando la mente los trate de distraer se vuelvan a centrar en su respiración. Posteriormente el ponente les dirá que poco a poco abran los ojos (Raij, 2017).
- Al finalizar la meditación mindfulness, les preguntará cómo se sintieron y cómo se están sintiendo respecto al taller.

Sesión 4

Objetivo: Enseñar el entrenamiento en solución de problemas para adoptar una visión más adaptativa hacia los problemas de la vida.

Materiales: pizarrón, plumones, plumas, sillas, bolsa de tela, hojas de papel.

Instrucciones:

- Se les dará la bienvenida y se dialogará acerca de su experiencia de la sesión pasada, qué lograron aplicar en su día a día y cómo se están sintiendo.
- Posteriormente el ponente comenzará con la explicación sobre el entrenamiento en solución de problemas.
- Posteriormente el ponente realizará la dinámica de “Barreras a la solución”, como menciona el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (n.d.), se le da 2 piezas de papel a cada miembro en la cual escribirá 2 problemas en cada pieza de papel que haya detectado y estén detonando la depresión.

Se doblan las hojas y se guardan en una bolsa de tela. Por orden cada participante irá sacando una pieza de papel de la bolsa y la leerá en voz alta, mientras que otro miembro del grupo irá anotando en la pizarra, anotados los problemas se elige uno para resolver por votación. Elegido el tema, se empieza a debatir, debajo del tema elegido en la pizarra, se dibujan dos columnas. En una se apuntan las ventajas o aspectos positivos de la cuestión debatida, mientras que en la otra se apuntan fuerzas disfuncionales, desventajas o aspectos negativos. Observado todo esto se deliberará sobre la plausibilidad del problema en sí, si se puede reformular en algo productivo de cara al grupo o si es una cuestión que se debe solucionar de forma pacífica o por medio de otras actividades.

- Para finalizar esta sesión se les pedirá a los participantes realizar una respiración progresiva, en donde se les solicitará que se relajen progresivamente, se aclararan dudas y se hará el cierre de la sesión.

Sesión 5

Objetivo: Enseñar el entrenamiento en solución de problemas adoptar una visión más adaptativa hacia los problemas de la vida.

Materiales: Prendas de ropa para caracterización, papel, plumones, hojas, plumas.

Instrucciones:

- Se les dará la bienvenida y se dialogará acerca de su experiencia de la sesión pasada, qué lograron aplicar en su día a día y cómo se están sintiendo.
- Posteriormente el ponente dará continuidad acerca del entrenamiento en solución de problemas.
- A continuación el ponente realizará una actividad llamada "los planetas" como lo menciona el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (n.d.), el ponente le pedirá que hagan grupos de dos a tres personas, los participantes se imaginaran que son residentes de otros planetas, los integrantes elegirán a un líder y los demás serán altos diplomáticos, los cuales van a representar a su propia civilización, la cual se les pedirá que la imaginen, cada líder de cada planeta tendrá un rol distintivo que va a ayudar a mantener el orden en el universo. El ponente sacará uno de los temas de la bolsa que contiene los problemas de la sesión pasada, el tema que el ponente saque será el problema a resolver, se hará como un consenso para resolver ese problema y llegar a un acuerdo, aunque los diferentes planetas piensen diferente. Se debatirá acerca de la solución del problema desde la perspectiva de cada planeta y se tendrá que llegar a un acuerdo diplomático y diseñar un plan que los beneficie a todos y al universo.

Esta actividad tiene como finalidad que las personas observen mejor sus capacidades comunicativas, liderazgo y cooperación.

- Prevención de recaídas: en este paso se les indica a los participantes, que va a ser normal que existan recaídas, se les enseñará a identificar problemas potenciales futuros y la forma en que pueden aplicar sus recién habilidades adquiridas en esas situaciones.

- El ponente dialogará con los participantes lo que aprendieron, lo que les gusto o no del taller, se hará una retroalimentación y se hará cierre del del taller, dando gracias a los participantes.

Discusión y conclusiones.

Desde el 2020 hasta nuestros días, pasamos por un hecho histórico, que cambió la vida de todas las personas, este hecho fue la pandemia y la cuarentena provocada por la enfermedad COVID-19, ocasionada por el virus SARS-CoV-2, ya que en un principio cobró la vida de muchas personas, debido a esta enfermedad la población tuvo que tomar medidas, entre estas medidas se encontraba el aislamiento, se suspendieron actividades laborales y escolares. Debido a la incertidumbre de lo que iba a pasar, el miedo de la enfermedad y la pérdida de varios seres queridos, el porcentaje de la población que padeció depresión tan solo en México incrementó.

Otros de los peligros a la salud mental de los individuos se encuentran como menciona Hernández (2020), el aburrimiento y la frustración de no estar conectado en la rutina diaria, puede llevar a que el individuo desarrolle un mayor deseo de tomar bebidas alcohólicas o consumir sustancias de abuso, ante esta situación pueden aparecer síntomas de la depresión como desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito y alteraciones del sueño, llevando al individuo al suicidio.

Ya que la población debido a la situación experimentó sentimientos de tristeza, desesperanza, vacío, ansiedad, pérdida de interés, irritabilidad o frustración.

En un protocolo de tratamiento psicológico grupal hecho por Benedito (2004), comenta que las terapias psicológicas son susceptibles de ser aplicadas en grupo, de modo que su eficacia puede multiplicarse haciéndose más eficientes. La aplicación grupal del tratamiento de la depresión es tan eficiente como la individual, obteniéndose mejores resultados en grupos pequeños. Por su parte Areán (2000), comenta que el modelo de solución de problemas es efectivo para tratar pacientes con depresión.

Otra investigación realizada por Gómez (2017), menciona que la utilización del mindfulness en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión, han mostrado éxito en la aplicación con pacientes con estos padecimientos, encontrando una disminución significativa en los niveles de depresión, ira e ideación suicida.

La propuesta combina teoría y diferentes técnicas cognitivas-conductuales, diversos artículos han mencionado que son viables, para el tratamiento de la depresión, ya que a su vez el taller puede formar redes de apoyo a los participantes.

En este trabajo se mencionan técnicas claves, como la psicoeducación, solución de problemas, mindfulness y técnicas de respiración, que ayudan a mejorar los síntomas de la depresión. Se vuelven en herramientas para que los participantes posteriormente las puedan utilizar y puedan a su vez identificar con más facilidad los síntomas de depresión y las pueda aplicar o en caso contrario recurrir a un profesional de la salud mental.

Referencias

- American Psychiatric Association (2020). *Trastornos de ansiedad*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. México. Editorial Médica Panamericana. 5ª edición. Pp 150-188.
- Areán. P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. University of California. Estados Unidos. Psicología conductual. Vol 8. N°3. Pp 547-559. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Arean_8-3oa.pdf
- Bados. A. García-Grau. E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Universidad de Barcelona. España. https://www.researchgate.net/publication/43436214_La_Tecnica_de_la_reestructuracion_cognitiva
- Barraca J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. Universidad Camilo Jose Cela. Vol 20 n° 20 Pp.109-117: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a01.pdf>
- Benedito. C. Carrio. C. Del Valle. G. Domingo. A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. Madrid. N° 92. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400009
- Caballero C.C., Campo A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena. Duazary. Num 3. Vol 17. Pp :1-3. https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Duazary.&title=Problemas+de+salud+mental+en+la+sociedad:+Un+acercamiento+desde+el+impacto+del+COVID-19+y+de+la+cuarentena&author=C.C.+Caballero&author=A.+Campo&volume=17&publication_year=2020&pages=1-3&
- Cabezas. H. Lega L. (2006). Relación empírica entre la terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. Vol. 30. Núm. 2 . Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Pp101-109. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades. (2021). Depresión y COVID-19. Visión CEVECE. Semana 4. Estado de México. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/docs/tripticos/2021/Semana04.pdf>

- Chóliz. M. (s/d). técnicas para el control de la activación: relajación y respiración. Universidad de Valencia. España.
<https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists (2008). La terapia cognitivo-conductual (TCC).
<https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. Revista Internacional De Psicología, 12(01), 1–18:
<https://revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66/63>
- De la Mora, G. (2020). Aislamiento social y vigilancia para contener la pandemia por COVID-19: algunas acciones de gobiernos y actores sociales. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM. https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_026_gabriela-de-la-mora_aislamiento-social-y-vigilancia_0.pdf
- Díaz-Castrillón F. Toro-Montoya A (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Editora Medica Colombiana. Vol24. Núm. 3.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- Fondo de las naciones unidas para la infancia. UNICE. (s/d).¿Te suena familiar? Dinámicas y Juegos. Chile.
<https://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/02%20Dinamicas.pdf>
- Gaitán-Rossi. P, Pérez-Hernandez. V, Villar-Compte. M. y Teruel-Belismelis. G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Instituto de investigaciones para el desarrollo con equidad. Universidad Iberoamericana. Salud publica en México. Vol 63. N°4.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257>
- Gobierno de México. (2021). COVID-19. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Godoy. D. Eberhard. A. Abarca. F. Acuña. F. Muñoz. R. (2020). Psico educación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Elsevier. Vol 31. Núm. 2. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>
- Gomez. R. (2017). Eficacia de la práctica de mindfulness para el tratamiento de ansiedad y depresión. Universidad de Jaen. Trabajo de fin de grado.
<https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5607/1/GmezSamblsRocoTFGPsicologa.pdf>

- Hernández J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Centro de atención al diabético. Instituto Nacional de endocrinología. Cuba. Vol.24. N°3.
<http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2588>
- Ibáñez. C. y Manzanera. R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. Elsevier. Vol 38. Núm. 6. Pp377-387.
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información. (2017). Integrantes del hogar 12 años y más con sentimiento de depresión.
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Journal of American Health (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
- Kabat-Zinn. J. y Williams M. (2017). Mindfulness, su origen, significados y aplicaciones. España. 1° edición. Kairós.
- Korman. G. Garay. C. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). Revista Argentina de Clínica Psicológica. Argentina. Vol. XXI, Núm. 1. Pp 5-13. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>
- Larios-Navarro. A. Bohórquez-Rivero. J. Naranjo-Bohórquez J. Sáenz-López. J. (2020). Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. Elsevier public health emergency collection. Núm. 49. Pp 227-228. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442894/>
- López Y. (2010). Modelos para el trabajo con grupos. Psicología general. Universidad la Salle Morelia. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_7801370174694.pdf
- Maguiña. C. Gastelo. R. Tequen. A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Revista medica Hered. Vol. 31. Pp-125-131.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n2/1729-214X-rmh-31-02-125.pdf>
- Minici. A. Rivadeneira. C (s/d). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Revista de terapia cognitivo conductual. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014), Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Guías de práctica clínica en el SNS. España. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

- National Institute of Mental Health. (2021). Estados Unidos. N°21.
<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/depression-sp/21-MH-8079S-Depression.pdf>
- Nezu. A. Maguth, C. y Lombardo. E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. Manual moderno. México. Pp 63-82. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>
- Observatorio psicología social aplicada. (2021). Secuelas Psicológicas en personas que tuvieron COVID-19. Relevamiento del impacto psicológico de haber padecido COVID-19 en población argentina.
http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/secuelas_psicologicas_en_personas_q_tuvieron_covid_19.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Notas descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjwtrSLBhCLARIsACh6RmgO2d1xHgF3m8_8uLPhzSBzV_Uc918MO0C58G7fAAbw8cRRjmtD_I EaAq-yEALw_wcB
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Coronavirus. Temas de Salud. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Pp14.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pérez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. Formación continua a distancia consejo general de colegios oficiales de Psicólogos. Universidad de Oviedo.
https://www.academia.edu/4177327/terapias_de_tercera_generacion

- Peréz-Alvarez. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. University of Oviedo. Revista de psicología y psicopedagogía EduPsykhé. Vol 5. N°2. Pp 159-172.
https://www.researchgate.net/publication/277275497_La_terapia_de_conducta_de_tercera_generacion
- Polo. P. Padilla D. (2011). Terapia cognitiva – conductual. (TCC), como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Duazary. Universidad de la magdalena. Colombia, vol 8, vol 2. Pp 251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Raij. S. (2017). Mindfulness, recupera tu paz interior. Séptima edición. México. Paidós. Pp 39-56.
<https://books.google.com.mx/books?id=JrQvDwAAQBAJ&printsec=frontcover&q=Mindfulness,+recupera+tu+paz+interior+pdf&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi7mtK-rlj0AhUxpXIEHT2qDh0Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q&f=false>
- Rodríguez. M. (2014). Efectos de un taller para disminuir el enojo, ansiedad y depresión en personas divorciadas y separadas. Tesis para obtener el grado de maestría. Universidad Iberoamericana de Puebla. México.
<https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/1198/Yolanda%20Rodr%C3%ADguezTesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz. C. (2011). en: <https://www.academia.cat/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>
- Ruiz. M. Díaz. M. Villalobos. A (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de brouwer. Biblioteca de psicología. España.
https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/uploads/1/0/3/4/103420148/ruiz_et_al-manual_de_t%C3%A9cnicas_de_intervenci%C3%B3n_cognitivo-conductuales_1.pdf
- Saz. P. Ortiz. M. (2007). Aromaterapia. Elsevier. Farmacia Profesional.Vol. 21. Núm. 5. Pp 64-68. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aromaterapia-13106262>
- Serebrinsky. H. (2012). Psicoterapia de grupo. Ajayu. Órgano de difusión científica del departamento de psicología. Universidad Católica Boliviana San Pablo. La Paz. Bolivia. Pp. 132-155. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545462001.pdf>
- Vázquez. F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Universidad de Santiago de Compostela. España. Vol. 14. N°3. Pp. 516-522.
<http://www.psicothema.com/pdf/759.pdf>

