



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ACCIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ANTE LA  
CONTINGENCIA SANITARIA POR COVID-19**

PRESENTA:

**ANDREA JAIMES VELÁZQUEZ**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TUTORA : SANDRA IVONNE FERRER REYES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. (2024)



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Índice

Agradecimientos.....	3
Resumen .....	4
Datos Generales del Programa de Servicio Social .....	5
Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social .....	6
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social .....	7
Objetivos del Informe de Servicio Social .....	17
Soporte Teórico Metodológico .....	17
Resultados Obtenidos .....	25
Recomendaciones y/o Sugerencias .....	34
Referencias .....	52

## **Agradecimientos**

Por cada momento de duda e incertidumbre siempre permaneció la idea de llegar a la meta algún día y ese sueño se ha vuelto una realidad. Por esa promesa que le hice a mi madre y a mí misma, hoy quiero agradecer.

### **A mi familia**

A la mejor mujer que he tenido el honor de conocer y a la que puedo llamar mamá. Por ser la razón de este logro, por todo su amor, esfuerzo y cuidados. Sin ti nada de esto hubiera sido posible. Gracias por ser la luz de mi vida y modelo a seguir.

A Ceci, mi hermanita, gracias por siempre estar a mi lado, desde los juegos infantiles, hasta las madrugadas de tareas universitarias, por ser mi mejor amiga y confidente. Eres lo más bonito que me pudo dar la vida.

### **A mi compañero de vida**

Para mi amado Mich, amigo y esposo, quien estuvo en cada desvelo, miedo y duda, sosteniendo mi mano, buscando alternativas y asegurando que todo iba a estar bien. Gracias por siempre escucharme, secar mis lágrimas, por darme motivación, paz y ayudarme a no rendirme. Gracias por ser mi lugar seguro, mi hogar y equipo. Tu sola existencia hace que la mía sea mejor.

### **A mis amigos y amigas**

Para Denisse por su compañía a lo largo de los años. Para Liz, quien hizo de mi tiempo en la universidad una aventura. Gracias por darle brillo a mis días y por todas las veces que volví a casa con una sonrisa por el tiempo juntas.

A Moy, Kary y Ale por todas las memorias, los buenos momentos y la amistad. Les llevo en mi corazón siempre.

### **A mi revisora, directora y sinodales**

Agradezco el tiempo, conocimientos, guía y apoyo que me brindaron para lograr desarrollar este trabajo.

## Resumen

Estudios han demostrado que los niveles de ansiedad y depresión aumentaron desde el comienzo de la pandemia por COVID-19 (Huarcaya,2020). Por lo que, dentro del programa de servicio social, denominado formación para la intervención breve en salud mental, se realizaron actividades dirigidas a la promoción de la salud mental, detección de riesgos y atención dirigida principalmente a problemáticas de ansiedad y depresión.

Específicamente, las actividades realizadas durante el servicio social incluyeron la capacitación mediante cuatro cursos de salud mental con 98 horas de estudio, la implementación de tres talleres referentes a temas de salud mental, con un total de 28 asistentes, la aplicación de un cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental a 911 estudiantes de una escuela pública a nivel bachillerato, así como la participación como coterapeuta en los servicios de atención psicológica desde una intervención breve. A partir de las actividades realizadas, se identificó que las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia son la ansiedad y depresión, por tal motivo, el objetivo de este trabajo fue describir los resultados obtenidos durante el servicio social y realizar una propuesta que permita fortalecer las acciones implementadas.

La propuesta central es la generación de un taller psicoeducativo para las personas que solicitan atención psicológica y presentan como principal problemática síntomas de depresión y ansiedad.

## **Datos Generales del Programa de Servicio Social**

El programa de formación para la intervención breve en salud mental, es uno de los dos programas pertenecientes a la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP) de la UNAM y tiene como objetivo que sus estudiantes, a través de la formación supervisada, brinden servicios psicológicos en salud mental a la comunidad universitaria y público general, desarrollando conocimientos y habilidades de investigación aplicada en salud. Además de analizar datos que permitan la detección de riesgos en la salud física y mental.

Específicamente dentro del programa, se llevan a cabo tres actividades principales: 1) Capacitación teórica y práctica de procedimientos de primer contacto, admisión, evaluación, consejo e intervención breve, así como de la documentación del expediente clínico, 2) Implementación de intervenciones breves en salud mental y acciones comunitarias como talleres, 3) Participación en actividades de investigación, apoyo en análisis de datos y elaboración de informes, análisis de textos científicos e inscripción a cursos de formación complementaria.

El programa de formación para la intervención breve en salud mental ofrece a las personas que buscan atención todo un proceso de seguimiento que comienza con la solicitud inicial. Posteriormente se lleva a cabo un primer contacto, en el cual se indaga la problemática de la persona para poder derivarla al servicio que requiere.

Una vez en el servicio, la persona comienza una fase de detección y evaluación que es llevada a cabo mediante pruebas de tamizaje y psicométricas para identificar síntomas, así como el nivel de riesgo en el que se encuentra la problemática referida.

Con el transcurso de las sesiones de intervención breve se brindan herramientas a la persona para que pueda aplicar en su contexto diario,

llegue a tener resultados diferentes y pueda experimentar mejoras.

Una vez que se cumplen las metas de intervención definidas entre la persona y el terapeuta, es decir, cuando la persona presenta cambios que le ayuden a mejorar su funcionamiento en la vida diaria y una disminución de los síntomas identificados, se llega al alta.

Todo el recorrido toma en consideración una evaluación constante de la persona que solicita atención y su avance depende de ella.

### **Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social**

Las acciones realizadas en el programa de servicio social, fueron dentro de la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP). La cual se incluye como un miembro más de las diversas entidades propias de la Facultad de Psicología de la UNAM y tiene una historia que se remonta desde 20 años atrás. La Coordinación ofrece al estudiantado el acceso al aprendizaje y práctica supervisada en programas de servicios psicológicos, ayudándoles a poner en práctica sus conocimientos y habilidades.

A través de los programas de servicios psicológicos, las y los estudiantes pueden adquirir competencias profesionales para la implementación de acciones de promoción de la salud física y mental, así como competencias para la detección temprana, evaluación e intervención breve de trastornos psicológicos en el primer nivel de atención.

Una de las poblaciones que se atiende con mayor frecuencia dentro de los escenarios de la CCFSP, son estudiantes de la comunidad universitaria de la UNAM, quienes pueden llegar a presentar problemáticas de salud mental, como depresión y ansiedad, que son de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Para lograr atender oportunamente las problemáticas presentadas por la comunidad, se implementan diversas acciones de promoción de la salud física y mental, así como acciones para la detección, evaluación, manejo y seguimiento.

Referente a las acciones de promoción de la salud física y mental, se brindan talleres remotos, con el objetivo de que la comunidad adquiera habilidades para el autocuidado, entre los que destacan la regulación emocional y solución de problemas.

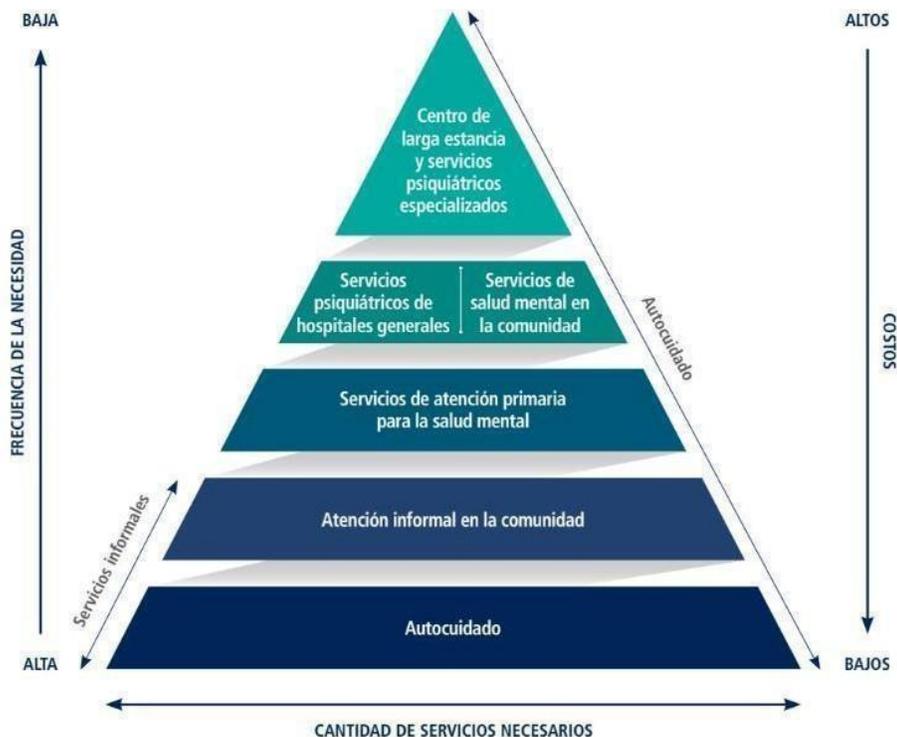
Dentro de las acciones para la detección, evaluación, manejo y seguimiento, los procedimientos que se llevan a cabo siguen una ruta que comienza con la aplicación a gran escala de la herramienta “Cuestionario de detección de riesgos en la salud mental” la cual proporciona datos sobre el nivel de riesgo en salud mental presente en la población y funciona como filtro para detectar a aquellos casos que, en función de su puntaje obtenido, puedan ser derivados al servicio que requieren. Así como ofrecer servicios de prevención a aquellas personas que presentan un nivel de riesgo leve o no presentan riesgo, logrando alcanzar a mayor cantidad de personas (Morales et al., 2020).

### **Descripción de las actividades realizadas en el servicio social**

Las actividades que se realizaron dentro del Programa de Formación para la Intervención Breve en Salud Mental estuvieron adheridas a la pirámide de intervenciones para la mejora de los servicios en salud mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2022).

La pirámide incluye diferentes niveles de atención que van desde consideraciones sociales y básicas, hasta el acceso a servicios especializados.

Figura 1. Pirámide de la OMS de la organización de los servicios para una combinación óptima



*Fuente: Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno.*

En el primer nivel se encuentra el autocuidado, en el cuál, se recomienda brindar a las personas, información y estrategias que promuevan el propio cuidado de la salud.

El autocuidado hace referencia a la capacidad de las personas, de forma individual o colectiva, como lo son familias y comunidades, para actuar directamente sobre su salud, llevando a cabo acciones como lo es la prevención, el mantenimiento de la salud y el afrontamiento de enfermedades y/o discapacidades, de forma independiente de la presencia de un profesional de la salud (OMS,2022).

Las estrategias de autocuidado deben surgir de la capacitación inicial por parte del personal de salud, quienes indiquen los procesos a la población.

Algunas estrategias recomendadas por la OMS (2022) son la autoadministración de medicamentos, realización de ejercicios, registro de medidas fisiológicas como presión arterial, temperatura, glucosa en sangre y peso, alimentación equilibrada, apego al tratamiento, auto análisis de orina y heces fecales, auto exploración y autorregulación.

Todo lo anterior tiene por objetivo incluir a la población como sujetos activos en su salud.

En el segundo nivel están todas aquellas intervenciones que se relacionan con la atención informal en la comunidad, en la que se incluyen acciones de difusión de información, promoción de la salud y el bienestar, así como acciones para la prevención de riesgos, y es aquí donde entran las estrategias comunitarias implementadas por la CCFSP, como la aplicación de talleres que brindan psicoeducación en temas de salud.

En el tercer nivel, se encuentran ubicados los servicios de atención primaria para la salud mental, como lo son los diversos centros que ofrece la Facultad de Psicología de la UNAM, más específicamente el Programa de Atención Psicológica a Distancia. Es aquí donde se brinda atención mediante modelos de consejería e intervención breve. En este nivel, las estrategias se vuelven más personalizadas, ya que las herramientas de detección de riesgos empleadas aquí comienzan a marcar una pauta entre los tratamientos que son requeridos por cada persona, tomando en cuenta su situación individual.

Y finalmente en el cuarto y quinto nivel se encuentran los servicios especializados, brindados en hospitales generales y psiquiátricos (OPS,2020).

En función de los niveles recomendados por la OMS, es que la CCFSP, capacita y supervisa continuamente a sus estudiantes, para que puedan fungir como agentes comunitarios y profesionales de la salud, para la atención oportuna de la salud mental.

Se puede entender el compromiso de la CCFSP con brindar atención de amplio alcance, que pueda llegar a poblaciones grandes, así como especializarse en casos particulares, desde ofrecer actividades comunitarias, como talleres dirigidos a promover la salud de un grupo de personas, hasta proporcionar intervención breve a distancia de forma individual.

En ese sentido, es que a continuación se describen las actividades que se realizaron durante el periodo del servicio social que corresponde a este informe.

### ***Capacitación***

En los escenarios de la CCFSP, recibí capacitación constante, para lograr la adquisición de competencias profesionales. En primer lugar, obtuve capacitación por medio de diversos cursos a distancia y autogestivos referentes a salud mental, que ayudaron a profundizar mis conocimientos y aumentar la calidad de atención que se ofrece a las personas atendidas, por lo que se habla de un ciclo de mejora continua tanto dentro como fuera del programa, impulsando el aprendizaje compartido.

Las actividades de capacitación consistieron en el estudio de cursos como "No más mitos: sexualidad libre y responsable" el cual está conformado por tres unidades, cada una cuenta con dos temas de estudio que conforman 30 horas de duración, el cual es un curso autogestivo que tiene por objetivo identificar información concreta sobre temas de sexualidad humana para clarificar dudas sobre la anatomía y función de los genitales, reproductividad, placer sexual, anticoncepción, infecciones de transmisión e identidad sexuales, lo cual permitirá romper mitos y ejercer de manera sana y responsable la sexualidad.

También tomé el curso "sin tristeza... ¿Cómo superar la depresión?", que tuvo una duración de 20 horas y se dividió en dos unidades, que tiene por fin identificar el concepto de depresión y diversas estrategias para enfrentarla, mediante información y actividades basadas en el modelo cognitivo conductual, para reconocerla como una enfermedad que puede superarse.

Así mismo aprobé el curso "¿Emociones al límite? Prevención de autolesiones y suicidio", estructurado en dos áreas y con una duración de 8 horas, que tiene por objetivo reconocer las características, factores de riesgo y protección de las autolesiones y el suicidio, mediante conceptos actuales e información clínica, para identificar las implicaciones de ambas conductas.

También estudié el contenido del curso "Guía de intervención mhGAP" (OPS, 2017), el cual tenía por objetivo distinguir cómo realizar una evaluación, manejo y seguimiento para atender de manera oportuna a personas con riesgos a desarrollar trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias para reducir las barreras de servicio que se presentan en el primer nivel de atención a la salud mental.

Se trata de un curso en línea autogestivo disponible las 24 horas del día que se compone de un cuestionario de conocimientos, una simulación de escenarios y videos interactivos inicial y final.

### **Tabla 1**

#### *Cursos tomados durante la prestación del servicio social*

Nombre	Carga horaria	Objetivo	Evaluación
"No más mitos: sexualidad libre y responsable"	30 horas	Identificar información concreta sobre temas de sexualidad humana	Tres evaluaciones, una por bloque, que se conforman por 5 preguntas, con formato de emparejamiento

“Sin tristeza... ¿Cómo superar la depresión?”	20 horas	Identificar el concepto de depresión y diversas estrategias para enfrentarla	Cuatro evaluaciones, una por unidad, donde dos son de formato de emparejamiento y dos de verdadero y falso.
"¿Emociones al límite? Prevención de autolesiones y suicidio"	8 horas	Reconocer las características y factores de riesgo y protección de las autolesiones y el suicidio	Dos evaluaciones, una por bloque, que se conforman por 5 preguntas, con formato de relación de emparejamiento.
Identificación y Atención Temprana de Problemas de Salud Mental a través de la Guía de Intervención mhGAP	40 horas	Realizar evaluación, manejo y seguimiento para atender de manera oportuna a personas con riesgos a desarrollar trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.	Una evaluación por módulo, nueve totales. Para acreditar el curso es necesario responder todas las actividades, así como obtener un promedio mínimo de 8.

---

### **Actividades comunitarias**

Las actividades comunitarias realizadas consistieron en talleres de modalidad remota, que tenían la finalidad de promover la salud mental, concientizar y reducir el estigma.

Algunos de los temas más abordados en el trabajo comunitario fueron modos de vida saludables, competencias para la vida, prevención del suicidio y del consumo de sustancias psicoactivas, autocuidado y fortalecimiento de competencias para los prestadores de la comunidad.

Como se ha visto más arriba, las actividades dirigidas a la comunidad, como las recomendadas en el nivel 2 de la pirámide que son los cursos

dirigidos a la población, resultan beneficiosas y, es por ello que dentro del programa se llevaron a cabo talleres como:

***Taller “Aprendiendo a Manejar Mi Tristeza”***

Taller con duración de dos horas impartido por la plataforma Zoom® a miembros de la comunidad UNAM que tenía por objetivo adquirir habilidades y conocimientos respecto a la tristeza, comprender cuándo la tristeza es natural, cómo puede llegar a convertirse en un problema y aprender a manejarla adecuadamente.

***Taller “Habilidades Para La Vida: Manejo De La Ansiedad”***

Taller con duración de dos horas impartido por la plataforma Zoom® a miembros de la comunidad UNAM que tenía por objetivo adquirir habilidades y conocimientos para la vida, respecto a cómo cuidar la salud mental, comprender la función de la ansiedad cuándo y cómo puede llegar a convertirse en un problema, reconocer síntomas asociados a la ansiedad y aprender estrategias que ayuden a manejarla adecuadamente.

***Taller “Habilidades para la vida y regulación emocional”***

Taller con duración de dos horas impartido por la plataforma Zoom® a miembros de la comunidad UNAM que tenía por objetivo conocer las características del enojo a fin de reconocerlo, adquirir habilidades para su manejo, reconocer si en él se presentan síntomas asociados a problemas de salud mental, así como aprender estrategias para manejar su intensidad y duración.

Todos impartidos a distancia con una duración de dos horas en el turno matutino.

**Tabla 2***Talleres impartidos durante la prestación del servicio social*

Nombre	Temas	Turno	Duración	Modalidad
Aprendiendo a Manejar Mi Tristeza	Definición, funcionalidad y formas de manejar la tristeza	Matutino	2 horas	Remota
Habilidades Para La Vida: Manejo De La Ansiedad	Definición, funcionalidad y formas de manejar la ansiedad	Matutino	2 horas	Remota
Habilidades para la vida y regulación emocional	Definición, funcionalidad y formas de manejar el enojo	Matutino	2 horas	Remota

***Intervención Breve***

Los servicios de atención psicológica fueron solicitados a través del Cuestionario de detección de riesgos a la salud mental (<http://misalud.unam.mx>; Morales et al., 2020). Las personas que querían recibir el servicio, respondían el cuestionario y si daban su consentimiento para ser

atendidas, los y las profesionales de la salud se comunicaban con ellas para comenzar el proceso de atención.

Como parte del programa de servicio social se identificaba y seleccionaba a las personas que habían respondido el cuestionario, dado su consentimiento para ser atendidas, y se brindaba el servicio de atención psicológica de forma supervisada. De esta manera, bajo la supervisión de un asesor llevé a cabo sesiones semanales por la plataforma Zoom® con duración de una hora.

Durante las sesiones realicé a cabo entrevistas semiestructuradas y conductuales con las que se obtuvo información para realizar el análisis funcional de la conducta, mapa de patogénesis y plan de tratamiento. Así mismo se brindé psicoeducación, contención de crisis y seguimiento de los casos.

Cada persona atendida avanzó a su propio ritmo y el contenido de las sesiones se ajustaba a la evolución de su problemática, atendiendo el motivo de consulta que expresan como más importante. Por ello, los temas tratados se seleccionaron para que pudieran fungir como herramientas aplicables por las personas atendidas en su contexto diario.

En el transcurso de las sesiones ocupé materiales visuales, así como ejercicios didácticos con el fin de hacer visible la relación del tema tratado con la problemática actual y lograr que el contenido de las mismas fuera significativo.

En cada sesión se realizaba registro del estado de ánimo de las personas atendidas, así como el establecimiento de metas y tareas que se debían realizar con el fin de poner en prácticas los ejercicios aprendidos y poder calificar si eran viables en su contexto.

Cuando las personas atendidas reportaron mejoría en su problemática se comenzó la prevención de recaídas y se comunicó el próximo fin de las sesiones para cerrar el proceso de forma correcta.

### ***Acciones de detección de riesgos en salud mental en estudiantes de nivel medio-superior***

Dentro de las actividades llevadas a cabo dentro del programa, apoyé con la aplicación del cuestionario de detección de riesgos a estudiantes de primer ingreso de una escuela de nivel bachillerato en la ciudad de México. Dicha aplicación se llevó a cabo como parte de las actividades de la jornada de bienvenida al nuevo estudiantado. Se realizó vía remota por la plataforma Zoom® en horario matutino con el apoyo de las autoridades organizadoras del plantel.

El cuestionario tiene como objetivo identificar los riesgos en la salud física y mental para brindar alternativas de atención, en caso de ser necesario.

En el ámbito de salud física se evalúan antecedentes heredofamiliares, hábitos alimenticios, presencia de obesidad y nivel de actividad física. Mientras que en el aspecto de salud mental se investiga la posible existencia de depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, demencia, trastorno por consumo de sustancias, autolesión y suicidio, además de violencia, ansiedad y sexualidad. Realicé la aplicación del cuestionario como parte de las actividades programadas por la escuela con el fin de brindar atención a aquellos alumnos y alumnas que pudieran encontrarse en situación de riesgo, además de detectar, con el análisis posterior de los datos obtenidos, diversas acciones que favorezcan el bienestar de su comunidad estudiantil.

Dicho cuestionario, se responde en línea y cuenta con 395 reactivos que se puntúan con una escala de respuesta del 0 al 10, donde cero representa: “nada” y 10 representa “extremadamente describe lo que siento” de lo cual, se obtiene un porcentaje promedio de las respuestas marcadas. Además, está integrado por cuatro secciones 1) Condición por COVID-19 (síntomas y pérdidas); 2) Datos socioeconómicos, 3) Condiciones de salud mental como lo son estrés agudo, distanciamiento/enojo, ansiedad generalizada y de salud, somatización, evitación y tristeza y 4) Uso de bebidas alcohólicas y conductas violentas. El cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0.96, comunalidades mayores al 0.30 para todos los reactivos, una varianza explicada del 64% (Morales et al., 2020).

En sí el cuestionario funciona como un método de tamizaje para detectar a aquellas personas que presentan riesgos de experimentar dificultades en diversas áreas de su vida. De esta forma se da inicio al proceso de atención, al generar el primer contacto para quienes dan su consentimiento de recibir atención psicológica a distancia, su posterior admisión al programa, evaluación e intervención guiadas por el enfoque cognitivo conductual y finalmente lograr su egreso.

### **Objetivos del Informe de Servicio Social**

Describir los resultados obtenidos durante el servicio social para la elaboración de una propuesta de un modelo de atención que apoye a la reducción de brechas a la salud mental.

### **Soporte Teórico Metodológico**

El brote de la enfermedad respiratoria por coronavirus 19 (COVID-19), fue declarado como pandemia en marzo del 2020, pero sus orígenes se remontan a diciembre de 2019 en China. Como lo menciona la OMS (2023) la enfermedad COVID-19 es generada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2 y sus síntomas más comunes son fiebre, dolor de garganta y escalofríos. Los síntomas pueden llegar, en casos graves, a dificultad para respirar, somnolencia y dolor o presión en el pecho.

Ante la rápida propagación de la enfermedad, diferentes instancias de salud difundieron medios de prevención del contagio, tales como el lavado regular de manos, uso de cubrebocas, aislamiento y empleo de gel antibacterial y soluciones desinfectantes.

Según un estudio realizado por la OMS llevado a cabo entre junio y agosto de 2020 en 130 países, la pandemia detuvo los servicios que normalmente se llevaban a cabo en 93% de los países del mundo (OMS, 2020) y esto se debe al exponencial aumento de personas que solicitan atención psicológica en contraste

con la poca oferta que presentaban los diversos centros de atención.

Mientras que en el país según datos de la Secretaría de salud (2020) el número de casos identificados como positivos por el virus de COVID-19 ascendía a 7,145,409 mientras que las defunciones fueron 330,592.

Es dentro de este contexto que se explica cómo la población al estar en un estado de estrés constante dónde se ve amenazada su vida y la de sus seres queridos, se desarrollan mayores malestares y afectaciones en la salud tanto física como psicológica. Se sabe que las condiciones por la pandemia del COVID-19, cómo lo son el confinamiento, presentar síntomas o sospecha de la enfermedad, el fallecimiento de personas cercanas, el uso de alcohol y la violencia en el hogar afectan en el incremento de estrés agudo generalizado y por la salud, así como tristeza, somatización, distanciamiento y enojo (Morales et al.,2020).

Sin duda, al aumentar la demanda, pero no la disponibilidad de espacios de atención psicológica se crea una brecha, entre lo requerido por la sociedad y lo que tiene a su disposición, dejando a mucha gente sin acceso a tales servicios. Lo anterior se encuentra relacionado con problemas estructurales y de distribución de recursos económicos destinados al área de salud en las diferentes regiones, como lo menciona la OMS (2020) antes de la pandemia, era común que a los servicios de salud mental se dedicaran menos del 2% de su presupuesto, lo cual implicaba enormes deficiencias para hacer frente a las demandas de su población.

Esto demuestra el gran déficit que existe entre la capacidad de los servicios de salud y lo que la sociedad requiere de forma urgente, esto no es nuevo, se sabe que desde el 2008 la OMS puso en marcha el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Uno de los objetivos principales del programa es que en aquellos países de ingresos medianos y bajos se alcance mayor cobertura con intervenciones clave (OPS,2017) ofreciendo un servicio de calidad y basado en evidencia científica que pueda ser aplicado por diversas personas sin requerir un alto nivel de

especialización, lo cual agiliza el proceso de diagnóstico, intervención y derivación desde los primeros niveles de atención en salud, es por ello por lo que el adecuado conocimiento y manejo de la guía es fundamental para los y las profesionales de salud en contacto directo con la población que solicita atención.

La guía mhGAP en el nivel de atención de salud no especializada está estructurada para indagar la posible presencia de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, entre los cuales destacan la depresión, consumo de sustancias y conducta de autolesión y/o suicidio, las cuales durante la pandemia han aumentado su incidencia entre la población. Como lo menciona la OMS, el consumo de alcohol y drogas ha aumentado, así como los índices de ansiedad y los problemas de insomnio. A esto se añade que la enfermedad por sí misma puede derivar dificultades neurológicas y mentales, tales como estados delirantes, agitación y accidentes cerebrovasculares (OMS,2020).

Con respecto a salud mental, autores como Huarcaya (2020) comentan que otros de los malestares en salud mental que aumentaron en la población son depresión, reacción al estrés, el miedo a la muerte y sentimientos de tristeza, soledad e irritabilidad.

Al analizar los efectos de la pandemia y sus derivados sobre la salud mental se encuentra que el confinamiento producto de la cuarentena incrementa el distanciamiento social y por consecuencia disminuye la interacción interpersonal, lo que a su vez predispone o agrava los trastornos de depresión y ansiedad (Huarcaya,2020). Esto concuerda con lo reportado por Morales y colaboradores (2020) referente a que existe una clara diferencia en la salud mental de las personas que cumplieron con la cuarentena y aquellos que no, pues los primeros presentaron mayor pérdida de interés, deseos de hacerse daño, dificultades para dormir y poner atención.

Además de los mencionados Huarcaya (2020) enlista una serie de problemas psicológicos que surgen a raíz de la pandemia, los cuales añaden ansiedad por la salud, duelo patológico y Trastorno por Estrés Postraumático

(TEP).

Al hablar del proceso de atención psicológica se sabe que la fase de detección oportuna de condiciones de riesgos a la salud es fundamental para el desarrollo de un plan de tratamiento que favorezca el cambio.

Sin embargo, como se ha visto, la actual demanda de servicios en salud mental hace que las sesiones individuales no sean la opción más idónea como primer contacto y forma de detectar el nivel de riesgo de un grupo grande de personas, sin que tengan que esperar mucho tiempo antes de lograr acceder al servicio. Es por ello por lo que las herramientas de detección de riesgos aportan una gran ventaja, ya que la detección de riesgos se vuelve un eslabón fundamental en el proceso de atención en salud, ya sea física o mental, pues permite con técnicas relativamente rápidas y económicas como talleres, cuestionarios y entrevistas, identificar a las personas en diferentes etapas de la evolución de un padecimiento, desde el más básico donde solo existen riesgos, hasta la expresión total del malestar. Es por lo anterior que entre más temprana sea la detección, es posible brindar atención de prevención que evite la aparición o en su caso, el desarrollo de la problemática, en contraste con la atención destinada a reducir la enfermedad, que se centra en problemas agudos que requieren un tratamiento más largo, profundo e individual, lo que a su vez es más costoso (OPS,2020).

La detección, al ser parte de la prevención y tratamiento, es una herramienta muy valiosa en la atención básica en salud, es por ello que su implementación a nivel comunitario ayuda a aplicar estrategias de identificación en contextos diferentes a los de salud, como centros comunitarios, escuelas, iglesias e incluso el trabajo (OMS, 2011a).

Siguiendo la importancia de la detección de riesgos, se comprende que aquellos casos que no presentan la problemática se les puede aportar información que ayude a prevenir o incluso a que ellos mismos sean agentes comunitarios capaces de aportar conocimiento y orientación a personas que no han tenido acceso a la información. Todo lo anterior vuelve a la detección una herramienta

accesible a la población general, capaz de brindar orientación, prevención, identificación y tratamiento según sea requerido por las personas (OPS,2021).

Reconociendo la importancia de la detección y la prevención, es que se puede vislumbrar el por qué implementar una herramienta de este tipo en el estudiantado de primer ingreso es de suma ayuda, pues se trata de una forma de ayudarles a identificar riesgos, a acceder a un tratamiento y de poder servir de agentes comunitarios dentro de su entorno próximo.

Al nombrar las estrategias de intervención se destaca el proceso con base en las ciencias cognitivas conductuales, donde cada terapeuta tiene la responsabilidad de informarse sobre el motivo de consulta, variables y consecuencias que experimenta la persona en atención. Queda claro que es deber de las y los profesionales de la salud mantenerse actualizados y aprender todo lo que ayude a ofrecer un servicio de calidad, ya sea por medio de diplomados, cursos, congresos y conferencias, razón por la que el programa de servicio social invita a sus prestadores a asistir a conferencias y tomar cursos de manera continua.

Si bien, las actividades comunitarias son relevantes por su capacidad de alcance, lo referente al proceso individual también cuenta con un impacto fuerte dentro de la atención en salud mental. Como lo explica la OMS dentro del nivel 4, aquellos casos que requieren un tratamiento más específico deben poder acceder a un servicio que cuente con bases teóricas sólidas, es por ello por lo que se utilizó el modelo empleado, cognitivo- conductual con sus herramientas y estrategias.

Se puede ver claramente el vínculo entre las herramientas de detección y el proceso de intervención breve, ya que ambos tienen por objetivo identificar problemas potenciales y actuales que se encuentran en el entorno de las personas, y es dentro de esta dinámica que se gesta la prevención, ya que motiva a las personas que están en riesgo a cambiar su conducta, creando una relación entre sus hábitos actuales y las consecuencias de estos (OMS,2011b).

Las intervenciones breves están fundamentadas en la teoría del aprendizaje, también emplean componentes de la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol, que la hace una herramienta altamente efectiva a nivel internacional y nacional (Martínez et al., 2010).

En específico, la intervención breve logra agilizar el proceso de ayuda psicológica, ya que como su nombre lo indica, es de corta duración, pero alta efectividad y bajos costos.

Como lo mencionan Hewitt y Gantiva (2009) se trata de una forma terapéutica enfocada en ayudar a las personas a darse cuenta de aquellas conductas problemáticas.

Otra fortaleza de las intervenciones breves radica en la adaptabilidad de estas estrategias a cada contexto, pues las y los terapeutas pueden organizar de manera planificada, el número, duración y frecuencia de las sesiones, todo con el objetivo de que el formato sea el que mejor responda a las necesidades de las personas (Martínez et al., 2010).

Este modelo terapéutico tiene como meta el reaprendizaje de patrones de respuesta diferentes y más adaptativos ante el contexto de las personas, además de centrarse en el presente y brindar herramientas que les hagan más funcionales en su día a día.

Retomando a Hewitt y Gantiva (2009), dos pilares importantes son la autoeficacia y la motivación para el cambio, ambos deben ser fortalecidos para el avance de las personas que solicitan atención.

Si se realiza una comparación entre la terapia a largo plazo y la opción breve, se puede rescatar que la segunda alternativa se centra en conductas problemáticas específicas, orientadas en el presente y existentes en el repertorio de respuestas de las personas, mismas que se encuentran configuradas en un contexto con estímulos específicos que pueden ser modificados generando nuevos aprendizajes y, por lo tanto, dando consecuencias diferentes.

Se puede comprender la visión del aprendizaje como un proceso natural

que sirve como herramienta de adaptación ante el ambiente cambiante. Es precisamente la capacidad de modificar aquellas conductas que resultan problemáticas para sustituirlas por nuevos patrones de respuesta, lo que se busca con la intervención breve.

Mientras que las terapias de largo plazo, conlleva un proceso de evaluación y tratamiento exhaustivo, ya que se emplea en el tratamiento de trastornos clínicos o psicopatologías, además de que puede trabajar con varios objetivos clínicos de intervención. Lo que hace el proceso más tardado y costoso.

Es por eso que para agilizar el proceso de atención psicológica con las personas que lo solicitan, dentro del programa de servicio social se llevó a cabo una intervención breve. La cual se realizó siguiendo las estrategias y conocimientos planteados por la teoría cognitivo conductual que en palabras de Puerta y Padilla (2011) es un modelo de tratamiento psicológico que toma como materia de trabajo la modificación de aquellos pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas que resultan poco adaptativas por otras más funcionales.

Este tipo de intervención tiene como paso inicial y fundamental la evaluación exhaustiva de todos los elementos que interaccionan en el medio del paciente, así como características intrínsecas a sí mismo.

Como menciona Puerta y Padilla (2011) el proceso de psicoterapia tiene características como ser estructurado, activo y, sobre todo, centrado en el problema actual. Está basado en la psicología del aprendizaje y se centra en las variables actuales del comportamiento.

Como se mencionó anteriormente el proceso de evaluación es fundamental dentro de la terapia cognitivo conductual, ya que sirve para comprender el contexto de la persona, planear y estructurar las estrategias que se emplearán en el tratamiento, así como para tomar decisiones durante el avance del proceso terapéutico con el respaldo de datos cuantitativos obtenidos mediante diversas técnicas pertenecientes a la evaluación conductual, la cual es definida por Ruiz,

Díaz y Villalobos (2012) como un método científico aplicado a la evaluación psicológica que hace referencia a la importancia de utilizar métodos de evaluación que cuenten con validez y confiabilidad que demuestren ser eficaces y útiles para dar solución a las demandas de los usuarios.

Dentro de las diversas técnicas de evaluación conductual se encuentra la entrevista conductual, la cual tiene como fin obtener la mayor cantidad de información relacionada a la problemática actual, reconociendo conductas objetivo, así como identificar parámetros, antecedentes de la ocurrencia y no ocurrencia, y consecuencias de la conducta problema, así como reconocer los recursos y fortalezas del paciente (Ruiz, Díaz y Villalobos 2012).

Posterior a la realización de la entrevista conductual, la información recolectada se utiliza para realizar la formulación de caso que se trata de un conjunto de hipótesis sobre las interpretaciones de las variables que funcionan como estímulos detonadores que mantienen las problemáticas emocionales de los pacientes (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006), se trata de una herramienta que ayuda al terapeuta a describir de forma más certera los factores que en sus interrelaciones influyen en la problemática.

Finalmente se debe nombrar una estrategia más que fue empleada en el proceso de atención psicológica a distancia que es el mapa clínico de patogénesis, el cual es una representación gráfica de toda la información, relaciones causales e hipótesis propias de la formulación de caso, en palabras de Nezu, Nezu y Lombardo (2016) se trata de una representación o mapa de análisis de todas las variables que actúan dentro del motivo de consulta de cada persona.

Tomando en cuenta el contexto de salud donde se llevan a cabo cada actividad, así como las bases teóricas de cada una, adelante se analizan los resultados obtenidos, así como su impacto y recomendaciones derivadas de ellas.

## Resultados Obtenidos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las acciones realizadas durante el servicio social, en un periodo de 6 meses, con inicio el 29 de junio de 2021 y terminó el 31 de enero de 2022.

En primer lugar, se describen las habilidades adquiridas a través de los cursos de capacitación, dentro de las cuales se encuentra la profundización de temas referentes a sexualidad, prevención de autolesiones y suicidio, además de manejo de la tristeza. Así como un acercamiento más profundo a la guía mhGAP, su impacto y aplicación.

Adquirí mayor organización, para planear y distribuir el tiempo y recursos para terminar cada curso dentro de los límites y con los requerimientos necesarios, ya que al tratarse de un proceso autogestivo se requirió adaptar las antiguas estrategias de estudio ante la nueva modalidad.

De las acciones comunitarias implementadas, es decir, los talleres brindados, obtuve experiencia y un mejor manejo de grupos, en especial cuando estos son grandes, además se añade el empleo de una nueva modalidad de llevarlos a cabo, como lo es la vía remota, pues esto implicó aprender a gestionar los talleres de una forma diferente, una más amena e interactiva, capaz de atraer la atención de los asistentes y generar un aprendizaje en ellos.

Por su parte en la aplicación del cuestionario de detección de riesgos fue mi primera experiencia con la implementación de una herramienta de tamizaje a tan gran escala, pues durante su desarrollo fui la figura principal y tuve que atender dudas de los alumnos, al mismo tiempo que brindar dirección de cómo llenar el cuestionario. Además, al final ofrecí las diversas herramientas que brinda la coordinación de centros y servicios para la comunidad estudiantil.

**Tabla 3***Habilidades adquiridas y empleadas en cada actividad realizada en el programa*

Actividad	Habilidades
Cursos de capacitación	Mejor organización de tiempo. Conocimientos sobre sexualidad, prevención de las autolesiones y suicidio, así como de identificación y tratamiento de la tristeza y depresión Profundización en aplicación e importancia de la guía mhGAP
Actividades comunitarias (Talleres y tamizaje)	Actualización en planeación e implementación de talleres en modalidad remota Manejo de grupos grandes en actividades a distancia Mayor facilidad al exponer ante públicos grandes
Intervención breve	Mayor capacidad de aplicar conocimientos teóricos en la práctica. Primer acercamiento a seguimiento de casos Primera participación en psicoeducación de forma individual con pacientes.

Al hablar de los talleres impartidos vía remota se rescatan los datos sociodemográficos de 28 personas, quienes varían en edad en un rango desde los 15 hasta los 39 años, sexo y entidad académica de procedencia (ver tabla 4) entre los que encontramos dos escuelas de nivel medio superior y de nivel superior.

**Tabla 4***Datos sociodemográficos de las y los asistentes a los talleres vía remota*


---

	Participantes (N=28)	
Sexo	Hombres (n=9)	Mujeres (n=19)
Edad	M= 23.11 (DE= 3.14)	M=19.94 (DE=6.01)
	Nivel superior (n=9)	Nivel superior (n=15)
Escolaridad	Nivel medio superior (n=0)	Nivel medio superior (n=4)

---

*Nota: La muestra los datos referentes a sexo, edad y escolaridad de los y las asistentes a los diversos talleres.*

A continuación, se retoman presentan los datos de las personas que atendí bajo supervisión, desde un modelo con intervención breve.

**Tabla 5***Datos sociodemográficos de las personas atendidas*

Variable	Persona atendida 1	Persona atendida 2
Edad	16	15
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato
Estado civil	Soltera	Soltera
Enfermedades crónicas degenerativas	Negadas	Negadas
Indicadores	Distanciamiento/enojo, depresión y ansiedad generalizada	Somatización, ansiedad generalizada y distanciamiento
Resultado	Con riesgo bajo en los indicadores de riesgo a la salud mental	Con riesgo bajo en los indicadores de riesgo a la salud mental
Tipo de egreso	Alta, la persona atendida concluye sus sesiones de forma correcta	Alta, la persona atendida concluye sus sesiones de forma correcta

Persona atendida 1 es una mujer de 16 años de edad, quien obtuvo puntajes elevados en los indicadores de distanciamiento/enojo, depresión y ansiedad generalizada en el cuestionario de detección de riesgos, recibió 12 sesiones donde se le brindó contención emocional, así como psicoeducación en diversas habilidades para la vida con el objetivo de llegar la meta de resultados final de reducir su sintomatología y mejorar sus respuestas ante los diferentes estresores experimentados en su día a día.

**Tabla 6***Número y contenido de las sesiones a distancia de la persona atendida 1*

Número de sesión	Actividad
1	Se realizó entrevista de primera vez, se aplicó análisis funcional de la conducta y se plantearon los objetivos del tratamiento.
2	Se profundizó la información obtenida en la primera sesión con el fin de obtener más datos relevantes para la formulación del caso.
3	Se entrevistó al tutor de la persona atendida por ser menor de edad, así como para indagar más sobre la historia de la problemática
4	Se brindó psicoeducación sobre conductas de autocuidado que ayuden a mejorar la salud física y mental durante el confinamiento.
5	Sesión de psicoeducación sobre solución de problemas. Devolución de información recolectada en el mapa clínico de patogénesis.
6	Se habló de la influencia de las cogniciones sobre las emociones y conductas que se realizan.
7	Sesión de psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.
8	Se comprobaron los progresos de la persona atendida, comparando sus logros con las metas iniciales. Se proporciona retroalimentación sobre las acciones que generan bienestar en ella.
9	Se expuso información sobre prevención de recaídas y se comenta que el proceso de atención psicológica está cercano a concluir.
10	Se habla sobre la buena distribución del tiempo para planear las actividades escolares pendientes y así disminuir el estrés.
11	Se enseñó a la persona atendida la técnica de relajación de respiración diafragmática como herramienta para modular su respuesta ante el estrés.
12	<u>Se revisó la meta final y si esta se había alcanzado. Se retoma el tema de prevención de recaídas y se finaliza el trabajo psicoterapéutico.</u>

La persona atendida 2 tiene 15 años de edad, quien tuvo puntajes elevados en los indicadores de depresión, ansiedad generalizada y somatización en el cuestionario de detección de riesgos, durante 6 sesiones se le brindó contención emocional y psicoeducación con el objetivo de lograr la meta de resultados finales que era modificar su respuesta ante situaciones estresantes para ofrecer conductas más adaptativas.

### Tabla 7

#### *Número y contenido de las sesiones a distancia de la persona atendida 2*

Número de sesión	Actividad
1	Se realizó entrevista de primera vez, así como elaboración de análisis funcional de la conducta problema de la persona atendida.
	Se plantearon los objetivos del tratamiento.
2	Se lleva a cabo entrevista con la madre de la persona atendida para incorporar información respecto a la evolución del problema.
	Devolución de la información obtenida mediante la elaboración del mapa clínico de patogénesis.
3	Psicoeducación sobre estrés, sus efectos fisiológicos y psicológicos, así como la importancia de la regularización emocional.
4	Se ofreció entrenamiento en solución de problemas.
	Se brindó psicoeducación sobre comunicación asertiva.
5	Se menciona que el proceso psicoterapéutico está próximo a concluir.
6	Se brindó psicoeducación sobre habilidades sociales, se compararon las mejoras de la persona atendida con la meta terapéutica inicial y se finalizó el proceso de acompañamiento.

Así mismo realicé la aplicación de cuestionario de detección de riesgos en la salud física y mental en escuela pública nivel bachillerato.

La aplicación se llevó a cabo con 911 estudiantes de primer ingreso, donde 56.31% (n=513) de los participantes fueron mujeres y 43.68% (n= 398) hombres.

Además, el 64.32% de las y los estudiantes tenían 15 años a la fecha de aplicado el cuestionario, 30.73% indicaron tener 14 años, 4.2% mencionaron tener 16 años y cuatro alumnos marcaron tener de 16 a 20 años.

Por otro lado, el 3.51% de las y los estudiantes (n=32) indicó haber tenido un diagnóstico previo de COVID-19 pero ya estar recuperado, el 1.42% (n= 13) afirmó tener un diagnóstico positivo confirmado y el 0.87% (n= 8) aceptó tener sospechas de padecer la enfermedad.

Es importante señalar que respecto a las pérdidas humanas ocasionadas por la pandemia el 5.26% (n=48) reportó haber perdido a algún ser cercano por efecto de la pandemia.

En la Tabla 7 se muestran los resultados obtenidos respecto a los indicadores de salud mental presentados por los estudiantes de nuevo ingreso. Específicamente, se encontró que el 100% de los estudiantes reportó algún síntoma de ansiedad y depresión. Además, cabe destacar que el 76.5% de los estudiantes se posicionaron en un nivel de riesgo medio para ansiedad.

Respecto a los indicadores de violencia recibida, violencia ejercida, así como autolesión y suicidio, la mayoría de los estudiantes que respondieron el cuestionario, no reportaron ningún riesgo.

**Tabla 8***Indicadores y sus porcentajes para cada nivel de riesgo*

Indicador	Sin riesgo	Riesgo mínimo	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ansiedad	0	4 (0.43)	160 (17.56)	697 (76.5)	50 (5.48)
Ansiedad por salud	113 (12.4)	705 (77.38)	84 (9.22)	7 (0.76)	2 (0.21)
Somatización	41 (4.5)	584 (64.1)	236 (25.9)	44 (4.82)	6 (0.65)
Depresión	0	663 (72.77)	156 (17.12)	88 (9.65)	4 (0.43)
Evitación y tristeza	52 (8.7)	581 (63.77)	200 (21.95)	65 (7.13)	13 (1.42)
Violencia recibida	699 (76.72)	167 (18.33)	38 (4.17)	7 (0.76)	0
Violencia ejercida	794 (87.15)	40 (4.39)	56 (6.14)	20 (2.19)	1 (0.1)
Autolesión y suicidio	844 (92.64)	49 (5.37)	8 (0.87)	8 (0.87)	2 (0.21)

*Nota.* Adaptado de *Reporte de resultados, Cuestionario de Riesgos en Salud Física y Mental en: Escuela pública de nivel bachillerato* por Dirección General de Atención a la Comunidad y la Facultad de Psicología (2021).

Finalmente, en la Tabla 8 se presentan los resultados respecto al reporte de consumo de alguna vez en la vida, como se puede observar, la mayoría de los estudiantes reportó no haber consumido sustancias y para aquellos que sí reportaron consumo, el 18.45% (n=168) reportó haber consumido alcohol.

**Tabla 9***Reporte de consumo de sustancias alguna vez en la vida*

Sustancia	Consumo <i>n (%)</i>	No consumo <i>n (%)</i>
Tabaco	27 (3)	844 (97)
Alcohol	168 (18.45)	743 (81.56)
Marihuana	4 (0.43)	907 (99.56)
Sedantes	15 (1.64)	896 (98.35)
Inhalables	2 (0.22)	909 (99.7)

*Nota.* Adaptado de *Reporte de resultados, Cuestionario de Riesgos en Salud Física y Mental en: Escuela pública de nivel bachillerato* por Dirección General de Atención a la Comunidad y la Facultad de Psicología (2021).

## Recomendaciones y/o Sugerencias

De forma personal, el servicio social me brindó la oportunidad de poner en práctica mis conocimientos teóricos referentes a intervención breve, así como mejorar mi apertura y facilidad de palabra para guiar las sesiones. También me dio mi primer acercamiento para aplicar herramientas de detección con grupos grandes. Así mismo los talleres impartidos me ayudaron a estructurar y ejecutar de forma más dinámica e interactiva los materiales presentados, logrando un mayor involucramiento del público asistente.

Mi formación profesional se vio favorecida con los cursos de temas diversos que ayudan a actualizar y profundizar conocimientos.

Durante la contingencia sanitaria la atención en salud mental se vio paralizada y en consecuencia reducida. Los niveles de demanda aumentaron, pero la oferta se redujo, dejando sin acceso a atención a un gran número de personas, por lo que resultaba necesario aplicar estrategias que permitieran alcanzar al mayor nivel de personas en el menor tiempo posible y con costos reducidos. Una estrategia que se empleó fueron los talleres en línea, ya que no sólo tienen valor por su capacidad de ofrecer información en temas de prevención y autocuidado, si no que sirven como espacios para interactuar con otras personas, que se pueden ver como semejantes, ya sea por la edad o las dificultades que experimentaban ante el contexto de pandemia. Sin embargo, aunque son estrategias útiles para la prevención de riesgos y promoción de la salud, los talleres pueden presentar algunas limitaciones sobre todo cuando las personas presentan indicadores de riesgo medio o alto en problemáticas de salud mental como la ansiedad y depresión.

En ese sentido, a partir de los datos obtenidos en el cuestionario de detección de riesgos, donde se observó que los indicadores de ansiedad y depresión, fueron los que se presentaron en mayor medida, es que se recomienda el desarrollo de una intervención para impactar en estas problemáticas.

Lo anterior es de suma importancia, ya que aquellos trastornos de salud mental que no son tratados a tiempo, pueden generar

consecuencias más graves que lleguen a perjudicar la salud, tanto

física como mental de forma permanente, limitando las posibilidades de llevar una vida adulta plena (OMS, 2022).

De forma más puntual, las intervenciones de tipo grupal pueden ser una alternativa adecuada para brindar un servicio de atención oportuno. En ese sentido, la aportación principal de este reporte radica en desarrollar una propuesta de taller psicoeducativo para personas con síntomas de depresión y ansiedad como herramienta adicional a la intervención individual.

### **Justificación**

Los talleres psicoeducativos funcionan como herramienta de prevención, se basan en la selección, configuración y transmisión de información que tiene el fin de influir en las personas que asisten. Con los talleres psicoeducativos se busca generar un cambio en la salud y el bienestar, utilizando los recursos y capacidades de las y los asistentes (Miracco et al., 2012).

Los talleres pueden generar modificaciones en hábitos, cogniciones y actitudes disfuncionales, ya que emplean herramientas psicológicas y pedagógicas (Logacho y Quiroz, 2022).

Como lo mencionan Arzate, Jimenez y Rocha (2023) algunas de las estrategias más empleadas para hacer frente de problemas emocionales como la depresión y ansiedad consisten en generar sentimientos de seguridad, habilidades para la resolución de problemas, fortalecer el apoyo psicosocial de la familia y amigos, mejorar las interacciones positivas de las personas con su entorno y estrategias de relajación.

Los talleres psicoeducativos representan una valiosa oportunidad de poner en práctica herramientas de prevención, así como comunitarias.

Se prevé un total de 12 sesiones y estarán dirigidas a estudiantes de la comunidad UNAM que solicitan atención después de resolver el cuestionario de detección de riesgos para la salud.

### **Objetivo**

Disminuir la sintomatología de depresión y ansiedad en estudiantes que asisten al taller psicoeducativo.

### **Estructura de la intervención**

La propuesta de taller psicoeducativo es una adaptación de la intervención en línea con enfoque cognitivo conductual propuesta por Silva y colaboradores (2022), enriquecida con lo propuesto por Nezu y colaboradores (2006) para el tratamiento de la depresión y ansiedad.

La propuesta consta de 5 fases, donde la primera consiste en seleccionar a aquellas personas que presentan indicadores relacionados con depresión y ansiedad, pues, estas son las dos problemáticas más presentes en la población, dato que concuerda con los resultados obtenidos en el cuestionario de detección de riesgos aplicado en una escuela de nivel bachillerato de la ciudad de México.

En la segunda fase se realiza el primer contacto de los y las estudiantes del programa para agendar una primera sesión individual, en la que se realiza entrevista de primera vez para obtener información más específica de la persona, así como proponer el ingreso al taller psicoeducativo como herramienta extra a su proceso individual, mencionando sus ventajas y la confidencialidad que este conlleva.

En la fase 3 se realiza la aplicación de las herramientas de medición, en la fase 4 se realiza la intervención y en la fase 5 se vuelven a aplicar las herramientas de evaluación para comprobar si existen cambios posteriores a la finalización de las sesiones.

(Hernandez, 2010; Nezu et al.,2006; Silva et al., 2022) y ansiedad (Zapata, 2020) diversos autores se centran en la interrelación entre los pensamientos, las emociones, las conductas y consecuencias de estas.

Retomando a diversos autores (Santillán, 2022; Logacho y Quiroz,2022; Arzate, Jimenez y Rocha, 2023) los objetivos principales de lostalleres psicoeducativos en casos de depresión son reducir los pensamientos disfuncionales, mejorar la capacidad de solución de problemas, aumentar las habilidades sociales e incrementar la capacidad de autocontrol. Dentro del tratamiento de la ansiedad también se busca la modificación de pensamientos irracionales, así como disminuir la evitaciónde situaciones cotidianas, mejorar la capacidad para afrontar eventos estresantes y disminuir la activación fisiológica (Zapata,2020).

En cada sesión se debe revisar el estado afectivo y la realización de tareas de las y los estudiantes que acuden, así como establecer nuevas tareas en función del contenido revisado y generar un resumen o cierre (Figueroa, 2002).

Retomando lo establecido por los autores anteriormente mencionados, la propuesta de taller psicoeducativo para estudiantes de la comunidad UNAM con indicadores de depresión y ansiedad, titulada “En equipo es mejor”, se desglosa acontinuación.

**Tabla 10**

## Sesión de apertura del taller psicoeducativo

Sesión 1		
Objetivo general: Establecer el primer acercamiento, donde se presenten las y los estudiantes que forman el grupo, incluyendo al o la psicóloga que guiará las sesiones, la dinámica y normas del taller, así como realizar el registro inicial de sintomatología de depresión y ansiedad		
Temas	Objetivo	Duración
Presentación del o la psicóloga	Que las y los estudiantes conozcan a su psicólogo o psicóloga como un profesional del área de salud que cuenta con los conocimientos para guiar las sesiones.	10 minutos.
Presentación de las reglas, forma de trabajo y destacar la confidencialidad que conllevan las sesiones.	Delimitar la dinámica del taller, las reglas de respeto y confidencialidad que implica el proceso.	10 minutos.
Presentación de las y los estudiantes que conforman el grupo	Conocer a cada una de las y los estudiantes del grupo.	20 minutos.
Metas del taller psicoeducativo	Establecer metas realistas y alcanzables con base a las expectativas de las personas que forman el grupo.	10 minutos.
Aplicación Instrumento de Depresión de Beck BDI-II e Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Obtener el registro de la sintomatología de depresión y ansiedad en las personas al iniciar el taller psicoeducativo	20 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y acordar la hora y fecha de la siguiente sesión.	10 minutos.

**Tabla 11***Sesión destinada a psicoeducación sobre depresión y ansiedad.*

Sesión 2		
Objetivo general: Brindar información a las y los estudiantes sobre qué es depresión y ansiedad, sus síntomas y tratamientos disponibles.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como dar inicio a la sesión.	10 minutos
Mitos y realidades	Evaluar mediante una serie de enunciados, las ideas y conocimientos de las personas sobre depresión y ansiedad.	10 minutos
Psicoeducación sobre depresión y ansiedad	Explicar qué es la depresión y ansiedad, síntomas presentados y tratamientos que se utilizan actualmente.	20 minutos
Participación de las y los estudiantes del grupo	Comentar cómo es vivir con depresión y ansiedad, y compartir sus experiencias con las y los demás estudiantes del grupo. Evaluar si se presentan cambios en las respuestas de mitos y realidades de las y los estudiantes después de la psicoeducación.	30 minutos
Cierre de sesión	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	20 minutos

**Tabla 12***Sesión destinada a técnicas de relajación.*

Sesión 3		
Objetivo general: Brindar técnicas de relajación como herramienta para afrontar la depresión y ansiedad.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes	Favorecer la participación y apertura de las personas y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como dar inicio a la sesión.	10 minutos
Técnica de respiración profunda	Capacitar a las y los estudiantes en la técnica de respiración profunda.	10 minutos
Imaginación guiada	Enseñar a las y los estudiantes la herramienta de imaginación guiada.	15 minutos
Retroalimentación de las y los estudiantes del grupo	Revisar el estado de las y los estudiantes después de practicar ambas estrategias y comprobar las dificultades experimentadas en el proceso.	20 minutos
Participación de las y los estudiantes del grupo	Evaluar si las herramientas son viables para ser aplicadas en el contexto diario de las y los estudiantes y que éstas propongan alternativas para su ejecución.	10 minutos
Tarea para casa	Solicitar la práctica de ambas estrategias a lo largo de la semana para mejorar en su realización.	5 minutos
Cierre de sesión	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	20 minutos

**Tabla 13***Sesión destinada a activación conductual.*

Sesión 4		
Objetivo general: Generar un plan de acción para retomar actividades que disfrutaban las y los estudiantes.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como dar inicio a la sesión.	10 minutos.
Revisión de la tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la aplicación de las estrategias de relajación.	10 minutos.
Actividades placenteras.	Enlistar las actividades que les parecen gratificantes a las y los estudiantes y las razones por las cuales no las llevan a cabo. Destacar la importancia de realizar actividades que brindan bienestar como forma de hacer frente a la depresión y ansiedad.	20 minutos.
Plan de acción.	Estructurar un plan de acción con pasos pequeños que van de lo simple a lo complejo para retomar actividades reforzantes Además de analizar posibles riesgos y limitaciones de cada paso.	20 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Evaluar si el plan de acción, con sus respectivos pasos, es viable para ser aplicada en el contexto diario de las y los estudiantes. Analizar la motivación de las personas para llevar a cabo el plan de acción.	10 minutos.
Tarea para casa.	Definir el paso del plan de acción que se llevará a cabo durante la semana, estableciendo tiempos para su realización.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 14***Sesión destinada a distorsiones cognitivas.*

Sesión 5		
Objetivo general: Aprender qué son las distorsiones cognitivas y su influencia en el estado de ánimo, acciones y consecuencias obtenidas.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado.	10 minutos.
Psicoeducación de distorsiones cognitivas	Explicar qué son las distorsiones cognitivas, cuáles son las más comunes en la depresión y ansiedad, cómo afectan al estado de ánimo, acciones y consecuencias obtenidas.	20 minutos
Identificar distorsiones cognitivas.	Enlistar las distorsiones cognitivas que más experimentan las y los estudiantes a lo largo de su vida o las que más recuerdan.	10 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Compartir entre las y los estudiantes del grupo cuáles son los pensamientos que les hacen sentir mal que experimentan con más frecuencia y asignar la distorsión cognitiva a la que hace referencia.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual. Anotar los pensamientos que les hagan sentir mal durante la semana e identificarlos con la distorsión cognitiva que representa.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado.	10 minutos.

**Tabla 15***Sesión destinada a reestructuración cognitiva.*

Sesión 6		
Objetivo general: Ayudar a las y los estudiantes a modificar los pensamientos dañinos por una interpretación más adaptativa.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes, y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar las distorsiones cognitivas identificadas.	15 minutos.
Diálogo socrático.	Plantear a las y los estudiantes preguntas que cuestionan la veracidad de sus pensamientos dañinos, con el fin de demostrar su irracionalidad.	20 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Compartir reflexiones y la forma en que se sienten después de confrontar sus pensamientos.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 16***Sesión destinada a entrenamiento en habilidades sociales.*

Sesión 7		
Objetivo general: Capacitar a las y los estudiantes en habilidades sociales.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado.	10 minutos.
Habilidades sociales de las personas.	Enlistar las posibles dificultades que experimentan las y los estudiantes del grupo al relacionarse con otras en su entorno diario.	10 minutos
Modelado de situación más mencionada por las y los estudiantes del grupo	Representar por medio de un experto, en este caso el o la psicóloga, aquella situación de interacción social que fue más común en las respuestas de las y los estudiantes.	15 minutos
Ensayo conductual.	Practicar la situación simulada por el o la psicóloga entre los integrantes del grupo.	15 minutos
Retroalimentación	Brindar información sobre lo que se realizó de forma correcta, reforzar, y destacar puntos que se pueden mejorar.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual, así como practicar lo trabajado en la sesión en su contexto diario.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas de las y los estudiantes sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 17***Sesión destinada a entrenamiento en solución de problemas.*

Sesión 8		
Objetivo general: Brindar herramientas para ayudar a las y los estudiantes a incrementar su capacidad para afrontar situaciones estresantes en la vida.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado, así como su replicación del entrenamiento en habilidades sociales.	10 minutos.
Formas de resolver problemas de las y los estudiantes.	Explorar la respuesta que dieron las y los estudiantes a los problemas más recientes que experimentaron y sus consecuencias.	10 minutos.
Entrenamiento en solución de problemas en 5 pasos.	Explicar a las y los estudiantes la importancia de dar respuestas más adaptativas al tomar decisiones y ofrecer una herramienta estructurada que les permita valorar opciones, meditar y actuar de formas diferentes.	20 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Seguir los pasos del entrenamiento en solución de problemas para aplicarlo al problema compartido al inicio de sesión y llegar a una respuesta diferente a la que dieron.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual, así como registrar en una hoja los pasos de solución de problemas en una situación propia o de alguien conocido con el fin de practicar lo visto en la sesión.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas de las y los estudiantes sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 18***Sesión destinada a entrenamiento en autocontrol.*

Sesión 9		
Objetivo general: Mostrar a las y los estudiantes una forma para mejorar su capacidad de regular sus emociones, pensamientos y conductas con el fin de obtener resultados mejores.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado, así como su registro de solución de problemas.	10 minutos.
Entrenamiento en autocontrol.	Ayudar a las y los estudiantes a reflexionar sobre sus problemáticas actuales y la forma en la que pueden tomar control sobre sus emociones, pensamientos y conductas. Se tocarán temas cómo autoobservación, forma de aplicar la técnica necesaria a la situación, autoevaluación, autorefuero y autocorrección.	20 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Conocer las problemáticas que siguen presentando las y los estudiantes del grupo y analizar algunos casos bajo los pasos de entrenamiento en autocontrol para generar una estrategia aplicable en su contexto diario.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual, así como poner en práctica la estrategia de autocontrol.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas de las y los estudiantes sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 19***Sesión destinada a afrontamiento de depresión y ansiedad*

Sesión 10		
Objetivo general: Analizar la calidad y cantidad de las interacciones de las y los estudiantes con su ambiente.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las personas y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado.	10 minutos.
Revisión de efectividad de estrategias empleadas.	Registrar la situación actual de las y los estudiantes del grupo, después de recibir diversas estrategias. Analizar si las personas identifican diferencias entre su estado al iniciar las sesiones y el actual.	30 minutos.
Registrar las problemáticas que persisten.	Reconocer las dificultades que siguen experimentando las y los estudiantes, y analizar la estrategia que se está empleando para afrontar dicha problemática.	20 minutos.
Tarea para casa.	Continuar con el plan de acción de activación conductual y realizar las modificaciones al plan de acción trabajado en sesión.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas de las y los estudiantes sobre el tema tratado. Agendar la siguiente cita.	10 minutos.

**Tabla 20***Sesión destinada a prevención de recaídas.*

Sesión 11		
Objetivo general: Ofrecer a las y los estudiantes una estrategia de prevención de recaídas y obtener la medición de la sintomatología de depresión y ansiedad después de tener las sesiones grupales de terapia cognitivo conductual.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana pasada y analizar dificultades experimentadas en la práctica del plan de acción elaborado.	10 minutos.
Psicoeducación en prevención de recaídas.	Informar a las y los estudiantes sobre la posibilidad de presentar recaídas, la importancia de identificar factores de riesgo y la elaboración de un plan preventivo.	10 minutos.
Situaciones de riesgo	Enlistar situaciones que pueden favorecer la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa en las y los estudiantes.	10 minutos.
Plan de prevención	Realizar un plan con acciones para hacer frente a las situaciones de riesgo reconocidas, tomando en cuenta las habilidades aprendidas durante las sesiones.	20 minutos.
Aplicación Instrumento de Depresión de Beck BDI-II e Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Obtener el registro de la sintomatología depresiva y ansiosa en las y los estudiantes al finalizar la intervención grupal.	10 minutos.
Tarea para casa.	Realizar una reflexión sobre las estrategias y conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones.	10 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en la sesión y responder dudas sobre el tema tratado.	10 minutos.

**Tabla 21**

*Sesión destinada a finalizar el proceso de atención grupal.*

Sesión 12		
Objetivo general: Cerrar el proceso de atención grupal con enfoque cognitivo conductual.		
Temas	Objetivo	Duración
Reporte del estado de ánimo de las y los estudiantes.	Favorecer la participación y apertura de las y los estudiantes y hacer una evaluación rápida sobre su estado de ánimo a lo largo de la semana. Así como iniciar la sesión.	10 minutos.
Revisión de tarea para la casa.	Comprobar la realización de la tarea asignada la semana.	10 minutos.
Participación de las y los estudiantes del grupo.	Reconocer los avances de las y los estudiantes durante el proceso de atención grupal.	30 minutos.
Devolución de resultados del Instrumento de Depresión de Beck BDI-II e Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Brindar a las y los estudiantes del grupo las diferencias encontradas en su sintomatología depresiva y ansiosa al inicio y final del proceso de atención.	10 minutos.
Planes a futuro de las y los estudiantes.	Compartir los planes y metas que han generado las y los estudiantes del grupo después del egreso.	15 minutos.
Cierre de sesión.	Resumir lo visto en las sesiones y responder dudas de las y los estudiantes sobre el tema tratado. Finalizar el proceso de terapia.	15 minutos.

Retomando lo mencionado por Garay y colaboradores (2008) las intervenciones de tipo grupal pueden representar una mejor alternativa para brindar atención a más personas en un menor tiempo. En este caso, al trabajar con personas que requieren atención especializada se agiliza el proceso y se

disminuye el tiempo de espera, lo que a su vez ayuda a detener el avance de la sintomatología depresiva y/o ansiosa. Así mismo, la atención oportuna cuenta con amplios beneficios, tanto para las personas que solicitan atención, como para el sector salud.

De forma teórica, las intervenciones grupales cuentan con amplias ventajas, ayuda a las y los profesionales de la salud a maximizar el tiempo, ya que, en las sesiones grupales, aunque falte una persona, se mantiene el ritmo de trabajo, cosa que no es posible en las sesiones individuales.

Otras ventajas, como lo indica Wenzel (2021), radican en la creación de una identidad de grupo, generar identificación con otras personas, mayor variedad de puntos de vista, apego al tratamiento, favorece la socialización, aumenta la apertura, ofrece una red de apoyo, ayuda a romper creencias disfuncionales y aumenta la motivación.

Aunque de forma práctica, una intervención grupal, puede llegar a verse detenida por el miedo de las personas a exponerse ante un grupo de extraños, porque el contexto de terapia psicológica conlleva hablar de temas que pueden ser difíciles o dolorosos. Desde el miedo a ser juzgado por los otros o la pena de demostrar sus sentimientos y vivencias, pueden impedir que las personas accedan a formar parte de un grupo.

Es así que una de las barreras a la que se puede enfrentar la propuesta de intervención grupal, así como la atención psicológica en general, es el estigma, discriminación y exclusión social que experimentan las personas que buscan el servicio. Actualmente existen mitos sobre los trastornos en salud mental, así como información conocida sólo de forma superficial y etiquetas que orillan a las personas a no buscar la atención que necesitan, ya sea por miedo a parecer diferente o por desconocimiento de su problemática, normalizando su malestar y llevándolos a vivir de manera crónica con sus trastornos, generando que empeoren con el tiempo.

La segunda limitación que puede experimentar la intervención propuesta, es la falta de personas que opten por un tratamiento grupal, por lo que una acción que haga frente a dicha problemática, es la sensibilización sobre temas de salud mental y las ventajas que aporta el trabajo grupal.

Las estrategias de psicoeducación se vuelven valiosas, porque funcionan como el primer contacto de muchas personas en temas de salud mental y tienen la capacidad de ayudar a eliminar los prejuicios y mitos existentes. Se puede ver este tipo de intervención como una herramienta de largo alcance, pues impacta con aquellas personas que sufren el malestar ayudando a comprender y nombrar aquello que están experimentando, mientras que a sus familiares y amigos les acerca a saber cómo ayudar y convivir con una persona que tiene una condición en salud mental. También se trabaja con la sociedad en general para evitar reproducir actitudes negativas, como la exclusión y discriminación y en su lugar desarrollar mayor sensibilidad y entendimiento (OPS,2021).

Dicha sensibilización se puede dar durante la primera sesión individual, donde él o la psicóloga menciona todos los beneficios de las sesiones grupales e invitan a las personas a probar una sesión y si el formato no se adapta a sus necesidades, pueden decidir tomar sesiones individuales.

Otra estrategia es incluir dentro de los talleres de salud mental, uno referente a terapia cognitivo conductual grupal, donde se exponga la forma de trabajo, las ventajas y se informe de la existencia del grupo mencionado en la propuesta.

Sin duda la pandemia por COVID-19 produjo un enorme cambio en la sociedad y su salud tanto física como mental pero la CCFSP logró hacer frente a las demandas de su comunidad con estrategias variadas y de calidad, permitiendo la mejora de las personas que solicitan atención y los propios prestadores del servicio.

## Referencias

- Arzate, J., Jiménez, J., Rocha, M. (2023). Propuesta de un curso-taller para el manejo de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 10 (19).
- Dirección General de Atención a la Comunidad y Facultad de Psicología. (2021). Reporte de resultados, Cuestionario de Riesgos en Salud Física y Mental en: Escuela Nivel Bachillerato de la Ciudad de México. *Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Garay, C., Korman, G.P. y Keegan, E. (2008). Terapia cognitivo conductual formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, (12), 61-72.
- Hernández, M. (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. [Tesis de licenciatura, Universidad del Estado de México].
- Hewit, N. y Gantiva, D. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Huarcaya, J., (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 37(2):327-34.
- Logacho, S. y Quiroz, A. (2022). Programa de prevención de la ansiedad y depresión en adultos mayores que residen en el

hogar del adulto mayor San Ignacio de Loyola del Cantón Rumiñahui. [Tesis de licenciatura, Universidad de Politécnica Salesiana].

Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M., y Vacío, M. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones, ensayo breve para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36 (3), 35-53.

Miracco, M., Scappatura, M., Traiber., L., De Rosa.,L., Arana., F., Lago., A., Partarrieu.,A., Galarregui., M., Nusshold.,P y Keegan.,E. (2012).Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Morales, S., López, A., Bosch, A., Beristain A., Robles, R., López, F. y Fernández, C. (2020). Condiciones de la salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 11-24.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas. *Manual Moderno*.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2011a). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2011b). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Washington, D.C.

- Organización Mundial de la Salud. OMS (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la Covid-19 en la mayoría de los países según un estudio de la OMS. Recuperado de: [who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey](https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey)
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2023). Información básica sobre la COVID-19. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2021). Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno. Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275324639>.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2020). Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. Ginebra.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2),251-257.
- Ruíz, M., Díaz, M. Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer.

- Santillán, D. (2022). Talleres de psicoeducación para pacientes en atención primaria con ansiedad y depresión del servicio ambulatorio intensivo del centro de salud de Guamaní tipo C durante los meses marzo a julio 2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana].
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2020). Informe técnico semanal COVID-19 México.
- Silva, D., Quiñones, J. y Rodríguez, R. (2022). Intervención en línea con enfoque cognitivo- conductual en jóvenes universitarios con síntomas depresivos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 25 (1). 226-244.
- Wenzel, A. (2021). *Handbook of cognitive behavioral therapy*. Asociación Americana de Psicología.
- Zapata, A. (2020). Intervención Cognitivo Conductual para la Reducción de la Ansiedad en Adolescentes de un Centro Psicológico Privado. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima].