

Modelo de Intervención Terapéutica Integral para Depresión y Factores Asociados en Adultos Jóvenes de 19 a 25 años

Comprehensive Therapeutic Intervention Model for Depression and Associated Factors in Young Adults Aged 19 to 25 Years Old

Dra. Blanca Estela Fernández Molina

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México); Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM (Ciudad de México, México)

¹Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México).
Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM (Ciudad de México, México)
<https://orcid.org/0009-0002-5339-1212>

Resumen

Objetivo: Evaluar los cambios en la sintomatología depresiva y en sus principales factores asociados tras la aplicación de un modelo terapéutico integral en adultos jóvenes de 19 a 25 años usuarios del Centro PsicoAlianza en la Ciudad de México. **Métodos:** Enfoque mixto de tipo exploratorio, diseño preexperimental pretest-posttest con un solo grupo. Se trabajó con una muestra no probabilística de 30 participantes, seleccionados mediante muestreo intencional. La intervención se basó en el modelo Alianza, que incorpora la terapia EMDR. Se emplearon instrumentos con alta consistencia interna ($\alpha = 0.79-0.94$): Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de Depresión de Hamilton, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5) y Escala de Autoestima de Rosenberg. Se generó un Índice Resultante Promedio (IRP) a partir de las puntuaciones. **Resultados:** Tras la intervención, disminuyó la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático, exhibida por el incremento del IRP de niveles moderados-graves a rangos de mínima o ausencia de síntomas ($t(29)=5.01$, $p<.001$). **Conclusiones:** Se observaron cambios como la reducción de los síntomas depresivos y factores asociados. Se sugiere replicar en poblaciones más amplias y estudios controlados.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Depresión;
- Adultos Jóvenes;
- Terapia EMDR;
- Estrés Postraumático;
- Ansiedad;
- Autoestima;
- Psiquiatría.

Abstract

Objective: To evaluate changes in depressive symptomatology and its primary associated factors following the implementation of a comprehensive therapeutic model in young adults aged 19 to 25 years who are users of the PsicoAlianza Center in Mexico City. **Methods:** An exploratory mixed-methods approach was employed, utilizing a pre-experimental pretest-posttest design with a single group. A non-probabilistic sample of 30 participants was selected through intentional sampling. The intervention was based on the Alianza model, which incorporates EMDR therapy. Instruments with high internal consistency ($\alpha = 0.79-0.94$) were used: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Hamilton Depression Rating Scale, the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), and the Rosenberg Self-Esteem Scale. An Average Resultant Index (ARI) was generated from the scores. **Results:** Following the intervention, a decrease was observed in depressive, anxious, and post-traumatic stress symptomatology, as evidenced by an increase in the ARI from moderate-severe levels to ranges indicating minimal or absent symptoms ($t(29)=5.01$, $p<.001$). **Conclusions:** Changes were observed, including a reduction in depressive symptoms and associated factors. It is suggested that the study be replicated with larger populations and in controlled trials.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Depressive Disorder;
- Young Adult;
- Eye Movement Desensitization Reprocessing;
- Post-Traumatic Stress Disorders;
- Anxiety;
- Self Concept;
- Psychotherapy.

Correspondencia:

Dra. Blanca Estela Fernández Molina
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM
(Ciudad de México, México)

blancafem.psi@gmail.com

Citar como:

Fernandez Molina BE. Modelo de intervención terapéutica integral para depresión y factores asociados en adultos jóvenes de 19 a 25 años. [Internet] Revista ISEO Journal. 2025. [Citado el...]; 2(1):19-25. <https://doi.org/10.63344/nwh8vv64>



ISEO JOURNAL[©]

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

Según la OMS¹ la depresión es un trastorno mental común que implica un estado de ánimo donde se experimenta la pérdida del placer o del interés por actividades durante largos periodos de tiempo. Este trastorno puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y comunitarias, así como el desempeño escolar y laboral.

A nivel global, la OMS² destacó que la pandemia de COVID-19 aumentó en un 25 % la prevalencia de la ansiedad y depresión, impactando funcional, emocional y socialmente a la población, siendo el grupo más afectado fueron los jóvenes, con un riesgo desproporcionado de suicidio o comportamientos autodestructivos, predominante en mujeres. En México, el informe 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones de México³, estima una prevalencia anual de trastornos mentales y adicciones del 19.9 %, donde uno de los trastornos más frecuentes es la depresión (5.3 %). Además, en promedio, el 81.4 % de las personas afectadas no recibe la atención apropiada, lo que constituye una brecha de atención crítica particularmente alta para los trastornos de ansiedad (85.9 %) y depresión (73.9 %).

Por otro lado, la combinación de factores sintomáticos, psicológicos y biológicos junto a síntomas como la anhedonia, alteraciones del sueño y dificultades de concentración, alto neuroticismo y baja extraversión, predispone a la persona a una respuesta internalizante ante el estrés⁴. De igual manera, la baja autoestima y las creencias negativas en relación con las experiencias traumáticas se ocasionan por factores de vulnerabilidad preexistentes, más que de consecuencias sintomáticas del trauma⁵.

En este sentido, según el Informe Mundial sobre Salud Mental de la OMS⁶, los eventos adversos ocurridos durante periodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son especialmente perjudiciales y aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales; sumado a ello, se incluyen factores externos como las circunstancias desfavorables recientes y estructurales como la pobreza, la violencia, las emergencias de salud pública, los desplazamientos forzados y la crisis climática; mientras que los entornos protectores pueden cuidar a la salud mental futura. Además, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HPA) y en circuitos cerebrales que regulan las emociones, como la amígdala hiperactiva y la corteza prefrontal poco activa, constituyen bases neurobiológicas comunes. La alta comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés posttraumático (TEPT) refleja una dimensión internalizante de afectividad negativa, lo que justifica enfoques de tratamiento integrados que aborden mecanismos comunes más que categorías diagnósticas aisladas⁴.

Esta complejidad requiere de una aproximación, no sólo desde el paradigma de la depresión, sino desde la teoría del trauma, proponiendo una evaluación activa y simultánea de dimensiones emocionales (como la comorbilidad ansiosa), cognitivas (distorciones y creencias) y traumáticas (eventos adversos infantiles y sus secuelas). De este modo, se evita un enfoque reduccionista, un diagnóstico incompleto, y se desarrollan estrategias de tratamiento diferenciadas para un proceso terapéutico efectivo sin retraumatización del paciente⁷.

Si bien existen intervenciones tradicionales para la depresión, la evidencia clínica muestra pacientes con sintomatología aún presente o recurrente en la enfermedad, sobre todo en el caso en que existan los factores asociados que sobrentienden la depresión como la angustia, el estrés posttraumático, la autoestima y los antecedentes de experiencias adversas o traumáticas. Esto pone en evidencia la necesidad de contar con modelos de intervención o terapéuticos holísticos que puedan intervenir simultáneamente en la sintomatología de la depresión y en los factores psicoemocionales y traumatogénicos que sostienen la depresión con la intención de generar cambios clínicos profundos y sostenidos.

Para ello, el presente estudio se enfoca en el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), un modelo de psicoterapia integral basado en el procesamiento adaptativo de la información (AIP), el cual postula que las memorias traumáticas se almacenan de forma disfuncional y aislada, manteniendo su carga emocional y cognitiva original. El tratamiento se estructura en un protocolo estandarizado de ocho fases que incluye la identificación del recuerdo del trauma, la desensibilización mediante estimulación bilateral (como movimientos oculares), la instalación de creencias positivas y la integración corporal. Su mecanismo de acción

se explica mediante la teoría de la memoria de trabajo, donde la demanda atencional dual durante la estimulación reduce la vivacidad y el afecto negativo asociado al recuerdo, facilitando su reprocesamiento y su integración adaptativa en redes de memoria más amplias^{8,9}.

Por ello, surge la pregunta de investigación ¿En qué medida la aplicación de un modelo terapéutico integral modifica la sintomatología depresiva, los factores asociados y la percepción subjetiva del cambio emocional y conductual en adultos jóvenes de 19 a 25 años usuarios del Centro PsicoAlianza en la Ciudad de México, comparando las mediciones pre y post intervención?

En este marco, se plantea como objetivo general evaluar los cambios en la sintomatología depresiva y en sus principales factores asociados tras la aplicación de un modelo terapéutico integral en adultos jóvenes de 19 a 25 años usuarios del Centro PsicoAlianza en la Ciudad de México, junto con los siguientes objetivos específicos:

1. Comparar los niveles de sintomatología depresiva y factores asociados antes y después de la aplicación del modelo terapéutico integral.
2. Determinar si los cambios observados tras la intervención alcanzan significancia estadística.
3. Identificar los principales factores psicoemocionales y experiencias traumáticas asociadas a la sintomatología depresiva en los participantes.
4. Explorar la percepción subjetiva de los participantes sobre los cambios emocionales y conductuales posteriores a la intervención terapéutica.

Metodología

Diseño de estudio

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto de tipo exploratorio¹⁰. El componente cuantitativo correspondió a un diseño preexperimental pretest-posttest con un solo grupo¹¹, orientado a evaluar los cambios en la sintomatología depresiva y en factores psicoemocionales asociados tras la aplicación de un modelo terapéutico integral.

De manera complementaria, se incorporó un componente cualitativo descriptivo, destinado a explorar la percepción subjetiva de los participantes sobre los cambios emocionales y conductuales posteriores a la intervención. La integración de ambos componentes permitió una comprensión más amplia del fenómeno estudiado, acorde con el carácter preliminar del estudio.

Población de estudio

La población estuvo conformada por 198 adultos jóvenes registrados en la bitácora de ingreso del Centro PsicoAlianza durante el periodo del estudio entre mayo de 2022 y marzo de 2023, con edades comprendidas entre los 19 y 25 años del nivel socioeconómico medio-bajo, contexto que resulta relevante para la interpretación de los resultados, particularmente por la alta prevalencia de antecedentes traumáticos y la coexistencia de múltiples factores psicoemocionales en los usuarios atendidos.

Se extrajo una muestra no probabilística de 30 participantes (17 mujeres y 13 hombres) a través de un muestreo intencional, a partir de la conformidad de criterios de selección clínicos y administrativos previamente definidos. El tamaño muestral se orientó a la evaluación de la viabilidad en la intervención terapéutica, adecuada para el carácter exploratorio y preexperimental del estudio¹².

Los criterios de inclusión fueron alumnos de edad entre 19 y 25 años, diagnosticados de trastorno depresivo según criterios del DSM-5, escolaridad de nivel medio superior o superior y nivel socioeconómico medio-bajo. Mientras que se excluyeron a quienes no cumplieran con los criterios diagnósticos establecidos y no completaron el proceso de intervención terapéutica.

Población de estudio

<i>Variable Independiente.</i>	Ansiedad,	estrés	posttraumático,
autoestima,	creencias	negativas	y
antecedentes	incluyendo	experiencias	adversas
traumáticas,	abuso	sexual	y
eventos	estresantes	recientes.	

Variable Dependiente. Sintomatología depresiva y factores asociados, evaluados a través del Índice Resultante Promedio (IRP). Este índice integró las puntuaciones obtenidas en los instrumentos psicométricos, transformadas en factores ponderados del 1 al 5 con base en intervalos clínicos reconocidos.

Instrumentos

Todos los instrumentos se aplicaron en versión validada y con alta consistencia interna ($\alpha = 0.79-0.94$) para la medición de depresión y los factores asociados considerando ansiedad, estrés postraumático y autoestima:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)¹³
- Escala de depresión de Hamilton¹⁴
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)¹⁵
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹⁶
- Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)¹⁷
- Escala de Autoestima de Rosenberg¹⁸

Puntos de corte

Se emplearon los intervalos clínicos establecidos por cada instrumento, tal como se presenta en la Tabla 1 del artículo, para convertir las puntuaciones naturales en factores ponderados de 1 a 5.

Tabla 1. Factor Ponderante en instrumentos

Número asignado (Factor Ponderante)	Factor Ponderante				
	1	2	3	4	5
	Síntomas clínicos de mayor gravedad	Síntomas clínicos de gravedad	Existencia de síntomas clínicos de consideración	Pocos síntomas; altibajos considerados normales	Ausencia de síntomas depresivos
BDI-II	47-63	29-46	20-28	14-19	0-13
HAMILTON	23-52	19-22	14-18	08-13	0-7
HADS	17-21	11-16	08-10	5-7	0-4
BAI	45-63	26-44	16-25	08-15	0-7
PCL-5	66-80	50-65	33-49	17-32	0-16
ROSENBERG	10-12	13-25	26-29	30-34	35-40

Procedimientos o intervenciones

El proceso se estructuró en tres etapas:

Etapas preliminar (Sesiones 1-2):

- Aplicación de todos los instrumentos psicométricos.
- Entrevista semiestructurada basada en el modelo CASIC.

Aplicación del Modelo Alianza (Sesiones 3-10):

- Uso del protocolo oficial de EMDR (Instituto EMDR y EMDR Iberoamérica, actualización 2022).
- Intervención integradora con:
- Psicoeducación
- Estrategias de afrontamiento
- Procesamiento de memorias traumáticas mediante EMDR
- Fortalecimiento de autoestima

Etapas posterior (Sesión 11):

- Reaplicación de instrumentos
- Cierre terapéutico
- Intervenciones específicas

El estudio no empleó fármacos, plantas medicinales ni compuestos químicos.

Aspectos éticos

- Se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos los participantes.
- Se garantizó la confidencialidad, el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.
- El estudio siguió la normativa mexicana en investigación en seres humanos (Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud) y los lineamientos de la Declaración de Helsinki (1964)¹⁹ y el Informe Belmont (1978)²⁰.
- La investigación fue aprobada por el comité de ética interno de la institución.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico

SPSS versión 29.0. Se aplicó estadística descriptiva mediante el cálculo de medias, medianas, desviación estándar y rangos.

Las puntuaciones de los instrumentos fueron transformadas en factores ponderados para la construcción del Índice Resultante Promedio (IRP). Dado el carácter preexperimental del diseño, el análisis de los resultados se centró en la identificación de patrones de cambio intra-sujeto. En este contexto, el Índice Resultante Promedio (IRP) se utilizó como un indicador sintético de carácter exploratorio y descriptivo, construido con el propósito de facilitar una apreciación global del cambio observado tras la intervención, sin pretender constituir un nuevo constructo psicométrico ni sustentar inferencias causales.

Para el análisis inferencial se empleó la prueba t de Student para una muestra, comparando el IRP posterior con un umbral clínico de 3.80. El nivel de significancia estadística se estableció en $\alpha = 0.05$, reportándose valores de $p < 0.001$. Es importante precisar que la prueba estadística aplicada al IRP se interpreta como una aproximación exploratoria al cambio promedio observado, coherente con la naturaleza preexperimental del diseño, y no como evidencia confirmatoria de eficacia. El estudio no documenta procedimientos específicos de control de calidad de la base de datos ni verificación formal de supuestos estadísticos. El componente cualitativo se analizó mediante codificación temática y triangulación de la información obtenida.

Resultados

La sección de resultados presenta de manera ordenada y objetiva los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación del modelo de intervención terapéutica integral en los adultos jóvenes participantes del estudio. En primer lugar, se exponen los resultados descriptivos correspondientes a la etapa preliminar y posterior a la intervención, seguidos del análisis comparativo pre y post, con el fin de identificar los cambios en la sintomatología depresiva y en los factores asociados. Asimismo, se reportan los resultados del análisis inferencial y del componente cualitativo, permitiendo una visión integral de los efectos de la intervención y aportando evidencia empírica para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Etapas Preliminar

La Tabla 2 muestra los datos estadísticos de la etapa preliminar, la media se ubicó en 2.2053, la mediana en 2.2900 y la desviación estándar fue de 0.63712, el rango mínimo fue 1.14 y el máximo 3.43, estos valores evidenciaron la presencia de síntomas clínicos depresivos de moderados a graves.

Tabla 2. Estadística descriptiva aplicada en etapa preliminar

Media	2.2053
Mediana	2.2900
Desv. Estándar (DE)	.63712
Rango	2.29
Mínimo	1.14
Máximo	3.43

En la Tabla 3, para la etapa preliminar, se muestra que el 70.00 % de los encuestados tuvo un Índice Resultante Promedio dentro del rango comprendido entre 1.14 y 2.57, mientras que el 30.00% restante se ubicó entre 2.71 y 3.43.

Tabla 3. Frecuencia de Índice Resultante Promedio en etapa preliminar

		Frecuencia	Porcentaje
IRP	1.14	1	3.3
	1.29	2	6.7
	1.43	2	6.7
	1.57	2	6.7
	1.71	2	6.7
	1.86	4	13.3
	2.14	1	3.3
	2.29	3	10.0
	2.43	3	10.0
	2.57	1	3.3
	2.71	2	6.7
	2.86	3	10.0
	3.00	1	3.3
	3.14	2	6.7
	3.43	1	3.3
Total		30	100

Resultados Etapa Posterior

En la Tabla 4 se expone la estadística descriptiva en Etapa Posterior, la media se ubicó en 4.1570, la mediana en 4.0700, con una desviación estándar de 0.39029, teniendo como rango mínimo 3.14 y máximo 4.86.

Tabla 4. Estadística descriptiva aplicada en etapa posterior

Media	4.1570
Mediana	4.0700
Desv. Estándar	.39029
Rango	1.72
Mínimo	3.14
Máximo	4.86

La Tabla 5 muestra que el 76.7 % de los participantes presentó un IRP entre 3.14 y 4.43 tras la intervención, y el 23.3 % restante se ubicó entre 4.57 y 4.86, lo que sugiere una tendencia generalizada a la mejora.

Tabla 5. Frecuencia de Índice Resultante

Promedio en etapa Posterior			
		Frecuencia	Porcentaje
IRP	3.14	1	3.3
	3.43	1	3.3
	3.71	1	3.3
	3.86	4	13.3
	4.00	8	26.7
	4.14	3	10.0
	4.29	1	3.3
	4.43	4	13.3
	4.57	4	13.3
	4.71	2	6.7
	4.86	1	3.3
Total		30	100.0

Comparativo Etapa Preliminar frente a Etapa Posterior

La Tabla 6 muestra los resultados de IRP en etapas preliminar y posterior en cada uno de los instrumentos aplicados, en donde pudo observarse una mejora preliminar, teniendo en cuenta que si una persona obtiene un IRP de 5, indica ausencia de síntomas depresivos.

Tabla 6. Comparativo de factores ponderados (1-5) por instrumento en etapas preliminar y posterior

Instrumento	Etapa Preliminar		Etapa Posterior	
	Resultado	Interpretación	Resultado	Interpretación
BDI-II	90.00% de los participantes tienen un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 a 3.00, mientras que el 10.00% muestra un 4.00	27 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de muy grave a moderado.	100.00% de los participantes tienen un Factor ponderado promedio (1-5) de 3.00 a 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de depresión de muy leve a mínima.
Hamilton	83.30% obtuvieron un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 a 3.00, mientras que el 16.70% muestra un 4.00	25 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de muy severa a moderada	100.00% obtuvo un Factor ponderado promedio (1-5) de 3.00 a 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de depresión de moderada a normal.
HADS-I (depresión)	100.00% obtuvo un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 y 2.00	30 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de severo a consideración.	86.70% finalizó con un Factor ponderado promedio (1-5) de 3.00 y 4.00, mientras que el 13.30% mostró un índice de 5.00	Los participantes se ubicaron en rangos de sintomatología depresiva de consideración clínica a mínima, según los puntos de corte de la escala.
HADS-II (ansiedad)	96.70% obtuvo un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 a 2.00, mientras que el 3.30% resultó con 3.00	30 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de severo a consideración.	53.30% finalizó con un Factor ponderado promedio (1-5) de 2.00 y 3.00, mientras que el 46.70% resultó con 4.00	Los participantes se ubicaron en rangos de ansiedad de consideración clínica a leve.

BAI	90.00% obtuvo un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 a 3.00, mientras que el 10.00% mostró un índice de 4.00 y 5.00	27 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de muy grave a moderada.	50.00% finalizó con un Factor ponderado promedio (1-5) de 3.00 y 4.00, mientras que el 50.00% finalizó con 5.00	30 participantes se ubicaron en rangos de ansiedad moderada a mínima, conforme a los puntos de corte del instrumento.
PCL-5	80.00% obtuvo un Factor ponderado promedio (1-5) de 1.00 a 3.00, mientras que en el 20.00% se observó un índice de 4.00	24 pacientes presentaron un estado inicial de estrés de caso a consideración.	63.30% finalizó con un Factor ponderado promedio (1-5) de entre 3.00 y 4.00, mientras que el 36.70% obtuvo 5.00	Los participantes se ubicaron en rangos de sintomatología traumática de consideración clínica a mínima.
Rosenberg	83.30% obtuvieron un Factor ponderado promedio (1-5) de 2.00 y 3.00, y el 16.70% un índice de 4.00 y 5.00	25 pacientes presentaron un estado inicial de autoestima de muy baja a media.	73.30% finalizó con un Factor ponderado promedio (1-5) de 3.00 y 4.00, mientras que el 26.70% obtuvo un índice de 5.00	30 participantes se ubicaron en rangos de autoestima media a alta.

La Tabla 7 presenta la etapa preliminar (pretest), donde el promedio del Índice Resultante Promedio (IRP) fue de 2.21 (DE = 0.64), indicando una presencia moderada-grave de síntomas clínicos depresivos. Tras la intervención (postest), el IRP promedio aumentó a 4.16 (DE = 0.39), lo que refleja una disminución de sintomatología.

Tabla 7. Estadísticas para una muestra

	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
IRP	30	4.1570	.39029	.07126

En la Tabla 8 se expone que la prueba t para una muestra arrojó un valor de $t(29) = 5.01$, con $p < 0.001$, lo que permite rechazar la hipótesis nula y confirmar que el modelo produjo cambios clínicamente significativos en los participantes.

Tabla 8. Prueba t para una muestra del Índice Resultante Promedio posterior a la intervención

Valor de prueba = 3.8						
t	gl	Significación		Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		P de un factor	P de dos factores		Inferior	Superior
IRP	5.010	29	<.001	.35700	.2113	.5027

En la Tabla 9 se observaron coincidencias en la problemática y motivo de consulta que es posible ligar a un autoconcepto negativo basado en creencias limitantes derivadas de eventos estresantes, adversos y traumáticos, lo cual, a su vez, se asoció con síntomas depresivos y de ansiedad. Las memorias traumáticas halladas refieren experiencias infantiles como abuso sexual y experiencias infantiles adversas. Otros factores asociados a la depresión dentro de la etapa preliminar, son: pensamiento suicida previo (meses anteriores), intento suicida, autolesiones y comorbilidad con otras enfermedades. El 100% de los participantes enunció creencias negativas limitantes de sí mismo.

Tabla 9. Factor asociado a la depresión hallado

Factor asociado hallado	Porcentaje	Porcentaje por sexo
Pensamiento suicida previo	36.66%	mujeres=29.99% hombres=6.66%
Intento suicida previo	6.66%	mujeres=6.66%
Autolesiones	3.33%	mujer
Abuso sexual infantil (memorias traumáticas)	30%	mujeres=26.66% hombre=3.33%
Experiencia infantil adversa (memorias traumáticas)	30%	mujeres=23.33% hombres=6.66%
Experiencia adversa o estresante reciente	33.33%	mujeres=13.33% hombres=19.99%
Comorbilidad	6.66%	Hipertensión EVC
Creencias Negativas	100%	

En lo posterior a la intervención, se obtuvo una incidencia positiva, toda vez que los participantes manifestaron verbalmente una

mejoría en su estado de salud emocional, reflejada en una reducción de síntomas de depresión, reducción de síntomas de ansiedad, sensación de menor estrés, un incremento en autoestima y una nueva forma de percibir su realidad.

El análisis de las entrevistas reveló tres temas principales:

- **Reconstrucción del autoconcepto.** Los participantes expresaron sentirse más capaces, valiosos y optimistas respecto al futuro.
- **Procesamiento emocional de experiencias traumáticas.** Varios sujetos asociaron su mejora a la posibilidad de elaborar memorias dolorosas mediante EMDR.
- **Reducción de síntomas fisiológicos y conductuales.** Se reportó disminución en insomnio, llanto, ansiedad somática y conductas de evitación.

Las narrativas reflejan coherencia con los resultados cuantitativos, mostrando una efectividad preliminar percibida del modelo Alianza.

Discusión

En función del objetivo general evaluar los cambios en la sintomatología depresiva y en sus principales factores asociados tras la aplicación de un modelo terapéutico integral en adultos jóvenes de 19 a 25 años usuarios del Centro PsicoAlianza en la Ciudad de México, se identificaron estudios similares cuyos resultados son comparables. Hubo una reducción de la sintomatología depresiva, exhibida por el incremento del Índice Resultante Promedio (IRP) de niveles moderados-graves a rangos de mínima o ausencia de síntomas ($t(29)=5.01, p<.001$), lo cual se alinea con los hallazgos del metaanálisis de Seok y Kim²¹, quienes reportaron un efecto terapéutico grande (positivo) de EMDR sobre la depresión ($g=0.75$), especialmente en poblaciones con depresión severa y antecedentes traumáticos. En este sentido, la elevada prevalencia de experiencias adversas y memorias traumáticas identificadas de la muestra en este estudio (60%) refuerza la pertinencia del uso preliminar de EMDR dentro de un modelo terapéutico integral, tal como sugieren dichos autores.

Asimismo, la mejoría en ansiedad, estrés postraumático y autoestima observada es semejante a la investigación de Jongh et al.⁸ respecto a las reducciones sostenidas tanto en trastorno de estrés postraumático como en sintomatología depresiva comórbida, incluso en poblaciones clínicas complejas, donde la normalización de los puntajes en PCL-5 y el aumento de la autoestima, respaldaron la hipótesis de que el reprocesamiento de memorias traumáticas mediante EMDR contribuye no solo a la reducción sintomática, sino también a la reorganización del autoconcepto, mecanismo señalado por estos autores a través del modelo de sobrecarga de la memoria de trabajo.

En relación con los factores asociados, los resultados de este estudio mostraron que la disminución de la sintomatología depresiva se acompaña de una reducción en ansiedad y estrés, lo cual coincide con los hallazgos de Sarakbi et al.²², quienes indicaron que la mejora depresiva se asocia con una reducción de ansiedad y otras condiciones comórbidas, lo que respalda la validez de un enfoque terapéutico integral.

En lo que refiere a la percepción subjetiva de los participantes, caracterizada por la reconstrucción del autoconcepto, el procesamiento emocional de experiencias traumáticas y la reducción de síntomas fisiológicos y conductuales, los hallazgos del estudio de Eigenhuis et al.²³ también identificaron factores como ideación suicida, dificultades funcionales, estigma y experiencias traumáticas considerados elementos centrales del malestar depresivo, subrayando la naturaleza multicausal de la depresión en jóvenes y la necesidad de intervenciones que aborden simultáneamente dimensiones emocionales, cognitivas y contextuales.

En conclusión, los estudios revisados presentaban una fuerte convergencia con los resultados del presente estudio, dado que tanto las intervenciones que se apalancan en la práctica del EMDR, como las intervenciones que nos remiten a enfoques de intervención terapéuticos integrados, se relacionan con la disminución de la sintomatología depresiva y de sus posibles factores comórbidos, especialmente en poblaciones con antecedentes de tipo traumático. La mejora notificada en el IRP y la disminución de la ansiedad, del estrés postraumático y el aumento de la autoestima reproducen

los patrones de cambio notificados en la literatura reciente a nivel cuantitativo como a nivel subjetivo.

La comparación de los niveles de sintomatología depresiva y los factores asociados antes y después de la aplicación de un modelo terapéutico integral se respaldó en estudios empíricos con diseños metodológicos directamente comparables como el de Yasar et al.²⁴, quienes emplearon un diseño pre y post intervención, con seguimiento a un mes, utilizando escalas validadas como el DASS-21 para evaluar depresión, ansiedad y estrés, y el IES-R para medir sintomatología traumática, permitiendo una evaluación secuencial de los cambios en estos constructos. De manera concordante, Dogan et al.²⁵ reportaron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones pre-post y pre-seguimiento mediante el Inventario de Depresión de Beck, en la muestra total y en el análisis por sexo, con tamaños del efecto moderados a altos, evidenciando una reducción de los niveles de depresión desde rangos leves en el pretratamiento hasta rangos mínimos en el postratamiento y el seguimiento. En conjunto, estos hallazgos sustentan la pertinencia de evaluar de forma comparativa los cambios en la sintomatología depresiva y sus factores asociados antes y después de la intervención terapéutica.

Al determinar si los cambios observados tras la intervención alcanzan significancia estadística, se encontró coherencia con la evidencia empírica de Yasar et al.²⁴, quienes aplicaron análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para contrastar las diferencias entre las mediciones pre y post intervención, reportando cambios estadísticamente significativos en la sintomatología depresiva evaluada mediante el DASS-21, junto con tamaños del efecto relevantes, lo que demuestra la utilidad de este enfoque para comprobar la efectividad de una intervención terapéutica. De igual manera, Dogan et al.²⁵ emplearon el mismo instrumento de medidas repetidas, previa verificación de los supuestos paramétricos, adoptando un nivel de significancia bilateral de $p = .05$ y estimando la magnitud del cambio mediante la eta cuadrada parcial (η^2p), medida del tamaño del efecto que indica la proporción de varianza del resultado atribuible al factor analizado, controlando la influencia de otras variables, y encontrando mejoras estadísticamente significativas entre las mediciones pre, post y de seguimiento, con tamaños del efecto grandes en depresión, ansiedad y otras variables asociadas.

En concordancia con las investigaciones reportadas, los resultados del presente estudio mostraron que tras la intervención se observaron cambios. Específicamente, el Índice Resultante Promedio (IRP) mostró un incremento desde una media preintervención de 2.21 ($DE = 0.64$), indicativa de sintomatología depresiva moderada-grave, hasta una media postintervención de 4.16 ($DE = 0.39$), correspondiente a rangos de mínima o ausencia de síntomas. La prueba t para una muestra arrojó un valor de $t(29) = 5.01$ con $p < .001$, lo que permitió confirmar que la mejoría observada no es atribuible al azar. Estos hallazgos, aunque obtenidos mediante un diseño preexperimental, son metodológicamente consistentes con los análisis inferenciales utilizados en estudios previos y respaldan la eficacia del modelo terapéutico integral para producir cambios en la sintomatología depresiva y sus factores asociados.

La identificación de los principales factores psicoemocionales y las experiencias traumáticas asociadas a la sintomatología depresiva en los participantes se respaldó en la investigación de Moran et al.²⁶, donde se demostró en una amplia muestra de mujeres refugiadas, que más allá de la carga acumulativa de traumas, la violencia familiar constituye el factor traumático con mayor asociación a la depresión, junto con otras experiencias relevantes como el abuso sexual infantil y la falta de acceso a la atención médica, lo que resalta la importancia de priorizar la evaluación de la violencia interpersonal en el análisis clínico de la sintomatología depresiva.

De manera complementaria, Padilla-Muñoz et al.²⁷ identificaron que eventos vitales altamente estresantes y potencialmente traumáticos, como el nacimiento de un bebé prematuro, se asocia con síntomas depresivos, especialmente cuando confluyen factores psicoemocionales como el estrés postraumático, la alteración del rol parental y la vivencia de la hospitalización, observándose además una influencia recíproca entre los miembros de la pareja. Asimismo, estos autores destacaron el papel protector de la resiliencia individual y familiar en la reducción de la depresión. Esto evidencia la compleja interacción entre experiencias traumáticas, factores psicoemocionales y sintomatología depresiva; y subraya la pertinencia de evaluar de manera sistemática esta relación.

La exploración de la percepción subjetiva de los participantes

sobre los cambios emocionales y conductuales posteriores a la intervención terapéutica se sustentó en enfoques que priorizan la experiencia vivida como fuente válida de conocimiento clínico. En esta línea, Fusar-Poli y Estradé²⁸ desarrollaron una revisión innovadora de tipo bottom-up centrada en narrativas en primera persona, con el propósito explícito de conocer a quienes viven la depresión e integrar sus perspectivas fenomenológicas, destacando la relevancia de la subjetividad para comprender los cambios emocionales más allá de la mera verificación de hipótesis. Sumado a ello, Gentsh y Kuehn²⁹ señalaron que determinadas intervenciones terapéuticas, como el entrenamiento de la memoria. Como se ha visto, el trauma psicológico puede estar presente en los trastornos depresivos. Asimismo, Vitriol et al.⁷, destacaron que experiencias infantiles adversas constituyen el desarrollo de patologías mentales y problemas biomédicos que prevalecen en la adultez, por ejemplo depresión, ansiedad, abuso de sustancias, obesidad, hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, tabaquismo y promiscuidad sexual, lo que constituye al trauma como un factor de vulnerabilidad.

En conjunto, estos aportes respaldan la pertinencia de incorporar las experiencias personales de quienes experimentan estos casos para explorar cómo ellos perciben y valoran los cambios derivados de la intervención terapéutica.

Los resultados del presente estudio evidenciaron que la percepción subjetiva de los participantes constituye una fuente clave para comprender los cambios terapéuticos más allá de los indicadores cuantitativos. Tras la intervención, los participantes reportaron de manera consistente una reconstrucción del autoconcepto, una mayor capacidad para procesar experiencias traumáticas y una disminución de síntomas emocionales y conductuales, como insomnio, ansiedad somática, llanto frecuente y conductas evitativas. Estas narrativas reflejan modificaciones en las experiencias internas y en la forma de interpretar el malestar depresivo, lo que converge con los enfoques fenomenológicos y de procesamiento de la memoria que subrayan el impacto de la intervención terapéutica en la vivencia subjetiva del trastorno. En conjunto, la coherencia entre los cambios reportados por los participantes y los modelos teóricos revisados refuerza la pertinencia de integrar la voz de los usuarios como un componente esencial en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Asimismo, se confirmó que el modelo terapéutico integral fue eficaz en su análisis preliminar para abordar de manera simultánea la depresión y sus principales factores asociados, cumpliendo los objetivos del estudio.

Por otro lado, pese a los resultados alentadores, se identificaron limitaciones importantes, como dificultades en el diseño preexperimental para establecer relaciones causales definitivas, la muestra pequeña y localizada en un solo centro urbano, y la omisión de una fase de seguimiento longitudinal para evaluar la estabilidad de los efectos; incluir protocolos de seguimiento clínico a 3, 6 y 12 meses; explorar la aplicación del modelo en otros grupos etarios y poblaciones vulnerables; así como profundizar el análisis de los mecanismos de cambio percibidos por los participantes.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación específica de entidades u organizaciones en los sectores público, privado o sin fines de lucro.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. José Antonio Escobar por su apoyo, orientación y aporte; a la Dra. Ruth Madera por su amable revisión y recomendaciones; y a todos los participantes de este estudio por su valiosa contribución y permitirme aprender de ellas y ellos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Trastorno depresivo

- (depresión) [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 ago 29 [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Mundial de la Salud. La pandemia de COVID-19 provoca un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 mar 2 [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
3. Secretaría de Salud. Segundo Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones 2022 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2022 jun 7 [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://lopezdoriga.com/wp-content/uploads/2023/01/sap-dxsm-a-informe-2022-rev07jun2022.pdf>
4. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. [Internet]. 2015. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory>
5. Rossi AA, Pizzoli SFM, Fernandez I, Invernizzi R, Panzeri A, Taccini F, Mannarini S. The Shield of Self-Esteem: buffering against the impact of traumatic experiences, fear, anxiety, and depression. *Behavioral Sciences*. [Internet]. 2024. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/bs14100901>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://mexico.un.org/sites/default/files/2022-06/9789240051966-spa.pdf>
7. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S, Núñez C, Navarrete A. Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. [Internet]. 2017. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-92272017000200007>
8. de Jongh A, de Roos C, El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Traumatic Stress*. [Internet]. 2024. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jts.23012>
9. Hafkemeijer L, de Jongh A, Starrenburg A, Hoekstra T, Slotema K. EMDR treatment in patients with personality disorders: should we fear symptom exacerbation? *European Journal of Psychotraumatology*. [Internet]. 2024. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2407222>
10. Syed M, Westberg DW. Mixed-methods research in psychology: rationales and research designs. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*. [Internet]. 2025. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/25152459251343919>
11. Cranmer G. One-group pretest-posttest design. En: Allen M, editor. *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*. [Internet]. 2017. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.4135/9781483381411.n388>
12. Teresi JA, Yu X, Stewart AL, Hays RD. Guidelines for designing and evaluating feasibility pilot studies. *Medical Care*. [Internet]. 2022. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001664>
13. Contreras-Valdez JA, Hernández-Guzmán L, Freyre MÁ. Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*. [Internet]. 2015. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
14. Rohan KJ, Rough JN, Evans M, Ho SY, Meyerhoff J, Roberts LM, Vacek PM. A protocol for the Hamilton Rating Scale for Depression: item scoring rules, rater training, and outcome accuracy with data on its application in a clinical trial. *Journal of Affective Disorders*. [Internet]. 2016. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.051>
15. Vizioli N, Pagano A. Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*. [Internet]. 2022. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>

16. Galindo Vázquez O, Benjet C, Juárez García F, Rojas Castillo E, Riveros Rosas A, Aguilar Ponce JL, Álvarez Avitia MÁ, Alvarado Aguilar S. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*. [Internet]. 2015. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58241191004>
17. Durón R, Cárdenas G, Castro J, Rosa A. Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en población mexicana. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet]. 2019. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3589/358971645004/>
18. Jurado Cárdenas D, Jurado Cárdenas S, López Villagrán K, Querevalú Guzmán B. Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. [Internet]. 2015. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283046027004>
19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Helsinki: AMM; 1964 [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf
20. Torres M, Vega E, Vinalay I, Arenas G, Rodríguez E. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D y EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet]. 2015. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000300122&script=sci_abstract
21. Seok J-W, Kim J-I. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing treatment for depression: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*. [Internet]. 2024. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/18/5633>
22. Sarakbi D, Groll D, Tranmer J, Sears K. Achieving quality integrated care for adolescent depression: a scoping review. *Journal of Primary Care & Community Health*. [Internet]. 2022. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/21501319221131684>
23. Eigenhuis E, Waumans RC, Muntingh ADT, Westerman MJ, van Meijel M, Batelaan NM, van Balkom AJLM. Facilitating factors and barriers in help-seeking behaviour in adolescents and young adults with depressive symptoms: a qualitative study. *PLoS ONE*. [Internet]. 2021. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247516>
24. Yaşar AB, Konuk E, Kavakçı Ö, Uygün E, Gündoğmuş İ, Taygar AS, Uludağ E. A randomized controlled trial of EMDR Flash Technique on traumatic symptoms, depression, anxiety, stress, and quality of life after traffic accidents. *Frontiers in Psychology*. [Internet]. 2022. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845481>
25. Doğan CK, Yaşar AB, Gündoğmuş İ. Effects of the EMDR Couple Protocol on relationship satisfaction, depression, and anxiety symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research*. [Internet]. 2021. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-21-00008>
26. Moran JK, Jesuthasan J, Schalinski I, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S, Abels I, Stangier U, Starck A, Gutermann J, Zier U, Wollny A, Richter K, Krüger A, Schouler-Ocak M. Traumatic life events and association with depression, anxiety, and somatization symptoms in female refugees. *JAMA Network Open*. [Internet]. 2023. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511>
27. Padilla-Muñoz EM, Barbancho-Morant MM, Lanzarote-Fernández MD, Sanduvete-Chaves S, Chacón-MoscOSO S. Psycho-emotional intervention with parents of very preterm babies during the first year: a single-arm pilot study. *Family Process*. [Internet]. 2024. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/famp.13002>
28. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G, et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. [Internet]. 2023. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.21111>
29. Gentsch A, Kuehn E. Clinical manifestations of body memories: the impact of past bodily experiences on mental health. *Brain Sciences*. [Internet]. 2022. [Citado el 17 de febrero del 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3425/12/5/594>