

POSGRADO

TESIS

ISEO®
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

DOCTORADO EN SALUD MENTAL

MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS PARA ADULTOS DE 19 A 25 AÑOS QUE ACUDEN A CENTRO PSICOALIANZA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

BLANCA ESTELA FERNÁNDEZ MOLINA
CÓDIGO ORCID: 0009-0002-5339-1212

DIRECTOR:

DRA. ROSARIO DEL PILAR GIBERT DELGADO
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8227-8505

CODIRECTOR:

DR. JOSÉ ANTONIO ESCOBAR ESCOBAR
CÓDIGO ORCID: 0009-0009-2873-2936

Tepic Nayarit, México, Mayo 2023.

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumna: Blanca Estela Fernández Molina
Matrícula: B211043
Programa académico: Doctorado en Salud Mental
Modelo Integral d e Intervención en Depresión y Factores Asociados para Adultos de 19 a 25 Años que Acuden a Centro Psicoalianza.

Director de Tesis: Dra. María del Pilar Gibert Delgado
Codirector de Tesis: Dr. José Antonio Escobar Escobar
Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; a 09 de agosto de 2023

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada **Modelo Integral d e Intervención en Depresión y Factores Asociados para Adultos de 19 a 25 Años que Acuden a Centro Psicoalianza,** presentada por el alumno(a) Blanca Estela Fernández Molina, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL.**

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARÍA DEL PILAR GIBERT DELGADO

CODIRECTOR DE TESIS

DR. JOSÉ ANTONIO ESCOBAR ESCOBAR

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Ruth Madera

DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **BLANCA ESTELA FERNÁNDEZ MOLINA**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **"MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS PARA ADULTOS DE 19 A 25 AÑOS QUE ACUDEN A CENTRO PSICOALIANZA"**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE
BLANCA ESTELA FERNÁNDEZ MOLINA

RI - Repositorio Institucional
repositorio.iseo.edu.mx

ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

turnitin

Recibo digital

Este recibo confirma quesu trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Blanca Estela Fernández Molina
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y FAC...
Nombre del archivo:	BLANCA_ESTELA_FERN_NDEZ_MOLINA.docx
Tamaño del archivo:	3.36M
Total páginas:	224
Total de palabras:	50,844
Total de caracteres:	280,527
Fecha de entrega:	15-nov.-2024 06:24p. m. (UTC-0800)
Identificador de la entre...	2521146287



ISEO
INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

CAMPUS VIRTUAL

Título de la tesis

MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS PARA ADULTOS DE 19 A 25 AÑOS QUE ACUDEN A CENTRO PSICOALIANZA

Tesis para obtener el grado de:
Doctora en Salud Mental

Doctorado en Salud Mental

Presenta:
Blanca Estela Fernández Molina

Directora de Tesis
Dra. Rosario del Pilar Gibert Delgado

Coodirector:
Dr. José Antonio Escobar Escobar

Tepic Nayarit, México — Mayo 2023

Derechos de autor 2024 Turnitin. Todos los derechos reservados.

DEDICATORIAS.

- A mi hija, por existir y ser mi más grande motor en la vida; te amo.
- A mi tía, por apoyarme incondicionalmente y siempre estar.
- A mi madre, por su valentía, por darme la vida, por encaminarme a ser quien soy.
- A mis pacientes, que a través de su confianza me han formado.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por permitirme ser.
- A mi hermosa hija, tía y madre que siempre han creído en mí y me han brindado su apoyo incondicional, su motivación, compañía y amor infinito.
- Al Instituto Superior de Estudios de Occidente, cuyo programa me orilló a visualizar y conquistar muchos de mis objetivos.
- A todos los profesores que en algún momento del camino me han inspirado a crecer en esta hermosa profesión.
- A mi directora, cuya guía y retroalimentación me trajo entusiasmo, esperanza y me llevó a desafiarme a mí misma, lo cual me ha dejado sorprendida gratamente.
- A mi Codirector, que con infinita paciencia me acompañó en cada paso del proceso; este trabajo no hubiera sido posible sin sus valiosas aportaciones.
- A mi amor, por el impulso, motivación, diversas enseñanzas; por creer en mí y nunca soltarme, pero más aún, por el amor que me da.
- A PsicoAlianza, por hacer realidad muchos de mis sueños y ser la piedra angular y escenario en esta investigación.
- A mis pacientes, que me han permitido acompañarlos en su tristeza, en su angustia y dolor, en su ira y sus peores momentos, pero también en su encuentro, ya que eso me ha dado la fortuna de seguirme descubriendo yo.

¡Gracias!

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE 2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS 3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE ISEO. 4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL EN ISEO – REPOSITORIO INSTITUCIONAL 5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD 6
DEDICATORIAS. 7
AGRADECIMIENTOS 8
ÍNDICE DE TABLAS 12
ÍNDICE DE FIGURAS 14
RESUMEN 15
ABSTRACT 17
INTRODUCCIÓN 19
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 24
1.1 Antecedentes: 24
1.2 Contexto: 27
1.3 Definición del problema de investigación 30
1.4 Objetivo General 34
1.5 Objetivos específicos: 34
1.6 Justificación 35
1.7 Beneficios esperados: 37
1.8 Limitaciones. 38
1.9 Alcances 39
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 40
2.1.1 Salud mental y Trastornos mentales 40
2.1.2 Estrés, depresión y ansiedad, una triada como problema de salud pública en México 42
2.1.3 Criterios diagnósticos de la depresión 44

2.1.4 Etiología de la depresión 50
2.1.5 Factores de riesgo asociados 54
2.1.6 Trauma y depresión 56
2.1.7 Factores protectores 61
2.1.8 Intervención en la depresión 63
2.1.9 Evidencia de recaídas y recurrencia postratamiento 66
2.1.10 Reacciones adversas de medicamentos 69
2.1.11 Otras intervenciones terapéuticas 70
2.2 Marco Conceptual 83
2.3 Marco Legal 89
CAPÍTULO III. MÉTODO 97
3.1 Línea de investigación 97
3.2 Metodología utilizada 100
3.3 Diseño metodológico 101
3.4 Población 103
3.5 Procedimiento de selección de la muestra 105
3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación. 106
3.6 Participantes 107
3.7 Técnicas e instrumentos empleados 107
3.8 Procedimientos de recolección de datos 115
3.9 Desarrollo de etapas de la investigación 118
3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio. 120
3.9.2 Etapa 2. Diseño del Modelo Alianza. 121
3.9.3 Etapa 3. Trabajo de campo 122
3.9.4. Etapa 4. Análisis de la información. 123
3.9.5 Etapa 5. Presentación de resultados. 123
3.9.6. Etapa 6. Análisis de la información y conclusiones. 125
3.10. Aspectos bioéticos. 125
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS 126
4.1 Análisis de resultados 127

4.2 Discusión 170
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES 178
5.1. Hallazgos. 182
5.2. Recomendaciones. 184
5.3. Investigaciones Futuras. 185
5.4. Limitaciones. 186
5.5. Validez de la Investigación 187
5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales. 189
REFERENCIAS 195
APÉNDICE. Definiciones e Instrumentos empleados durante la investigación ... 217
Apéndice A. Modelo Alianza 217
Apéndice B. Entrevista Perfil CASIC semiestructurada adaptada para adultos. 223
Apéndice C. Instrumento BDI-II 225
Apéndice D. Instrumento Hamilton 229
Apéndice E. Instrumento HADS. 232
Apéndice F. Instrumento PCL-5. 234
Apéndice G. Instrumento Rosenberg. 235
Apéndice H. Consentimiento Informado proporcionado en PsicoAlianza . 236
CURRICULUM VITAE 238

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Trastornos del humor (afectivos) F 30-39..... 47
Tabla 2. Trastornos depresivos en CIE 11 48
Tabla 3. Fases del protocolo en Terapia EMDR 76
Tabla 4. Algunas Guías Internacionales que incluyen a la Terpaia EMDR como recomendación en los de tratamientos para TEPT 78
Tabla 5.Evidencia científica de la eficacia de EMDR..... 80
Tabla 6. Unidades de análisis según registros de consulta durante mayo del 2022 y marzo del 2023 en Centro PsicoAlianza..... 103
Tabla 7. Instrumentos de medición empleados en la investigación 108
Tabla 8. Asignación de factor ponderante en el instrumento BDI-II. 110
Tabla 9. Asignación de factor ponderante en el instrumento Hamilton 111
Tabla 10. Asignación de factor ponderante en el instrumento HADS 111
Tabla 11. Asignación de factor ponderante en el instrumento BAI. 112
Tabla 12. Asignación de factor ponderante en el instrumento PCL-5 113
Tabla 13. Asignación de factor ponderante en el instrumento Rosenberg 113
Tabla 14. Factor Ponderante en instrumentos..... 126
Tabla 15. Resultados sobre la aplicación de instrumentos en etapa preliminar.. 127
Tabla 16. Edad e Índice Resultante Ponderado Promedio (Preliminar) 128
Tabla 17. Estadística descriptiva aplicada en la etapa preliminar..... 129
Tabla 18. Índice Resultante Promedio en Etapa Preliminar 130
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje en BDI-II (Depresión) 130
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje en Hamilton (Depresión)..... 131
Tabla 21.Frecuencia y porcentaje en HADS (Depresión). 132
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje en HADS (Ansiedad). 132
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje en BAI (Ansiedad)..... 133
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje en PCL-5 (Estrés). 133
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje en Rosenberg (Autoestima). 134
Tabla 26. Resultados sobre la aplicación de instrumentos en etapa posterior.... 134
Tabla 27. Edad e Índice Resultante Ponderado Promedio (Posterior). 136

Tabla 28. Resultados obtenidos para el etapa Posterior 136
Tabla 29. Resultados obtenidos para el etapa Posterior 137
Tabla 30. BDI-II en etapa Posterior 137
Tabla 31. Hamilton en etapa Posterior. 138
Tabla 32. HADS (Depresión) en etapa Posterior. 138
Tabla 33. HADS (Ansiedad) en etapa Posterior. 139
Tabla 34. BAI en etapa Posterior..... 139
Tabla 35. PCL-5 en etapa Posterior..... 140
Tabla 36. Rosenberg en etapa Posterior. 140
Tabla 37. Estadísticos en etapa Preliminar 141
Tabla 38. Estadísticos en etapa Posterior. 141
Tabla 39. Comparativo Preliminar Vs Posterior. 142
Tabla 40. Estadística para una muestra. 145
Tabla 41. Prueba para una muestra. 146
Tabla 42. Información derivada de entrevistas aplicadas. 148
Tabla 43. Factor asociado hallado. 168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Intervalos y porcentaje de edad 128
Figura 2. Prueba de Hipótesis 145

RESUMEN

Para 2022, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, reportó a 3.6 millones de personas con trastorno depresivo, de los cuales el 19.3% puede presentar ansiedad, además de relacionarse con otros factores como estrés severo, trauma psicológico y autoestima disminuida, representando uno de los mayores problemas en la funcionalidad. Pese a que existen diversas guías en los servicios de salud que incluyen antidepresivos y terapia cognitivo conductual, la evidencia de recaídas es aproximada al 30% y en 75% a episodios recurrentes (Alltmeyer, et al., 2022), mismo que genera la necesidad de la elaboración de nuevos modelos que puedan ser eficaces. Este tipo de población ha sido frecuente en Centro PsicoAlianza, en mayoría adultos de 19 a 25 años, por lo que en este estudio se diseña un modelo integrador a efecto de brindar una alternativa de solución a las personas que acuden a terapia. El modelo Alianza se compone de la psicoterapia Eye Movement Desensibilization and Reprocessing (EMDR), Fitoterapia, Psicoeducación que, entre otros temas, aborda el valioso sistema de alimentación, el ejercicio físico, las habilidades de afrontamiento, y la muy importante alianza terapéutica con el paciente. Fue aplicado a una muestra de 30 sujetos, permitiendo comprobar, a través de la estadística inferencial, la hipótesis alternativa que dicta que “los pacientes con un Índice Resultante Promedio de 3.80, en la etapa posterior (después de la aplicación del modelo), presentan los rangos aceptables establecidos por cada uno de los instrumentos de medición”; interpretándose esto como una diferencia significativa, considerando que, en la etapa Preliminar había un mínimo de 1.14 y un máximo de 3.43, y en la etapa Posterior un índice resultante

promedio mínimo de 3.14 y un máximo de 4.86, donde 5 se interpretaría como ausencia de trastorno. Dentro de los principales hallazgos en esta investigación, se encuentran el reflejo de las memorias traumáticas en la depresión y ansiedad, una asociación a autoestima disminuida, la efectividad de EMDR en este tipo de trastornos y la hipersensibilidad disminuida reportada después del tratamiento, mismo que se sugiere abordar en futuras investigaciones.

ABSTRACT

By 2022, the Mexico City Health Secretariat reported 3.6 million people with depressive disorder, of which 19.3% may present anxiety, in addition to being related to other factors such as severe stress, psychological trauma and low self-esteem, representing one of the biggest problems in functionality. Despite the existence of various guidelines in health services that include antidepressants and cognitive behavioral therapy, the evidence of relapses is approximately 30% and 75% to recurrent episodes (Alltmeyer, et al., 2022), which generates the need to develop new models that may be effective. This type of population has been frequent in Centro PsicoAlianza, mostly adults from 19 to 25 years old, so in this study an integrative model is designed in order to provide an alternative solution to people who come to therapy. The Alliance model is composed of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) psychotherapy, Phytotherapy, and Psychoeducation, which, among other topics, addresses the valuable nutritional system, physical exercise, coping skills, and the very important therapeutic alliance with the patient. It was applied to a sample of 30 subjects, allowing us to verify, through inferential statistics, the alternative hypothesis that dictates that “patients with an Average Resulting Index of 3.80, in the subsequent stage (after the application of the model), present the acceptable ranges established by each of the measurement instruments”; this being interpreted as a significant difference, considering that, in the Preliminary stage there was a minimum of 1.14 and a maximum of 3.43, and in the Later stage an average minimum resulting index of 3.14 and a maximum of 4.86, where 5 would be interpreted as the absence of disorder. Among the main findings of this research are the reflection of traumatic memories in

depression and anxiety, an association with decreased self-esteem, the effectiveness of EMDR in this type of disorders, and the decreased hypersensitivity reported after treatment, which is suggested to be addressed in future research.

INTRODUCCIÓN

> “La depresión es como un ente que puede absorver la energía y dejarte vacío;
> es como una masa que pesa dentro; es una tormenta de dolor;
> una voz que puede hacerte creer que no vales nada,
> que se secuestra los motivos y te deja sin convicción”.

La depresión es un problema importante de salud pública debido a la alta incidencia con la que se presenta en la población; es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Este trastorno se caracteriza por tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, sentimiento de culpa, pérdida de autoestima e interés en las cosas que antes se disfrutaban, cansancio, dificultad de concentración, falta de esperanza, alteraciones en el sueño o apetito, y posibles pensamientos de suicidio; puede ser el resultado de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede detonarse debido a eventos adversos o traumáticos (OMS, 2021).

El nivel de funcionalidad de las personas se ve seriamente perjudicado a nivel general, aunque también es posible que aun con la enfermedad y dadas las creencias individuales, se mantengan las actividades cotidianas en ocasiones, a fin de mantener una apariciencia social, lo que hace más complicado el cumplimiento de estas. Es probable, que esa inatención en el problema potencie los sentimientos, llevando a un punto de quiebre emocional en el que, en la búsqueda de soluciones, se puede llegar a atentar contra la propia vida.

Hay que mencionar que, debido a la falta de información, los modismos actuales que regularmente refieren a la depresión como un estado de ánimo triste que es pasajero, sin otorgarle el real significado e importancia que conlleva, deja

desprotegidos a los individuos que la padecen. Por otro lado, el estigma acerca de la enfermedad también supone barreras ante la atención.

En este trabajo, se reconoce el dolor emocional y la dificultad que representa el atravesar por un proceso depresivo, puesto que se ha mirado muy de cerca. Por ello, el objetivo de esta investigación es diseñar un modelo terapéutico integral para tratar los trastornos depresivos y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza, el cual permita ser una alternativa de solución para la población, desde un enfoque integrador que busca aliviar el sufrimiento, así como dotar, crear y potenciar herramientas para el afrontamiento de la cotidianidad.

En el capítulo I, se aborda el planteamiento del problema que se justifica por medio de los antecedentes, objetivos y los beneficios que puede dejar.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el trastorno mental de la depresión afecta aproximadamente a 280 millones de personas a nivel global, su incidencia es mayor en mujeres, y constituye el primer lugar de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (Marjan, et al., 2014).

Por región, en 2017 la Organización Panamericana de la Salud, observó que la prevalencia más alta fue para la Región de África con 5.9% de mujeres, y la más baja para la Región del Pacífico Occidental con 2.6% de hombres. Para 2022, la pandemia por COVID-19 elevó los porcentajes de depresión y ansiedad, sobretodo en el personal de salud, según un estudio de la OPS (2022) hecho en trabajadores de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay.

En México, la cifra de personas con depresión ha ido en aumento. En 2021, según la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado, había un 15.4% de personas con depresión, de las cuales las mujeres representan un 19.5% y los hombres un 10.7%. Para 2022, ya había 3.6 millones de personas, que roportó la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Así mismo, es común encontrar estos trastornos en Centro PsicoAlianza, ubicado en la Alcaldía Iztacalco. Los tratamientos actuales por lo general incluyen dentro de sus procedimientos la utilización de fármacos y terapia cognitivo conductual, no obstante, existen varios factores por los cuales las personas pueden o no recibir la atención que requieren, o abandonar los tratamientos debido a la dificultad en los procesos o inclusive, a los efectos secundarios de los fármacos. Además, tomando en cuenta el origen de los síntomas, el riesgo de recaídas y el estrés que puede traer la cotidianidad, se halla la necesidad de atender estos trastornos a través de un modelo pensado en la integralidad que abarque los factores asociados a la depresión y se llega a la pregunta: ¿Cómo diseñar un modelo terapéutico integral para tratar la depresión y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza?

En el capítulo II, referente al marco teórico, se realiza una búsqueda y revisión literaria acerca de los constructos y variables que componen el problema de investigación. Se habla acerca de depresión, ansiedad, estrés, trauma, autoestima, los factores de riesgo y factores protectores; de la convencional intervención ante la depresión y de otras intervenciones terapéuticas que resultan interesantes debido a su eficacia, como por ejemplo la terapia Eye Movement Desensibilization and Reprocessing (EMDR), cuya evidencia científica la ha logrado posicionar en varias

guías internacionales para el tratamiento de estrés postraumático, mismo que es prometedor ante la depresión, sobretodo, si el trastorno se encuentra asociado a trauma y creencias negativas propias.

Respecto a la parte metodológica, plasmada en el capítulo III, este estudio se realiza mediante un enfoque mixto, es decir, cuantitativo y cualitativo, debido a que se busca recolectar y analizar datos para contestar las preguntas de investigación, probar hipótesis, así como establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población, buscando comprender y conocer la realidad desde la visión de sus protagonistas (Hernández, Fernández y Batista, 2003). De tipo descriptivo, ya que según Hernández, Fernández y Batista (2003), su objetivo es "especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Se busca medir, evaluar o recolectar datos sobre variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno que se investiga". Esta investigación es de diseño preexperimental puesto que administrará un tratamiento a un grupo de personas, obteniendo mediciones previas y posteriores.

Así mismo, se abordan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como la muestra conformada, misma que fue determinada por medio de la fórmula para calcular el tamaño de la muestra de Fisher y Navarro (1997); la recolección de datos, los instrumentos empleados para las mediciones correspondientes y la ponderación asignada a cada instrumento con el fin de homologar las puntuaciones y sacar promedios por cada uno de los pacientes.

En este capítulo, se desarrollan las etapas de investigación utilizadas, dentro de las cuales se diseña el modelo Alianza de intervención integral para atender a las

personas con depresión, que consta de diez sesiones que abordan desde la evaluación, el tratamiento y el postest.

En el capítulo IV, se hace el análisis y discusión de resultados con ayuda del programa IBM SPSS Versión: 29.0.0.0 (241). Se elaboran diversas tablas con el objetivo de mostrar la información de la etapa preliminar y la etapa posterior que hacen referencia al conjunto de datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos en el pretest y el postest aplicado después del tratamiento del modelo propuesto.

Asimismo, se logra triangular la información cuantitativa con la cualitativa derivada de las entrevistas aplicadas a los pacientes y de las cuales se logran observar los hallazgos, así como las causas y motivos que subyacen a los síntomas.

También se realizó una prueba de hipótesis que logra sustentar el modelo.

En el capítulo V se muestran las conclusiones. Esta última parte del contenido de la tesis revisa el cumplimiento de los objetivos, así como los hallazgos incidentales que se presentaron durante el análisis de resultados, las recomendaciones que se sugieren a partir de este estudio, y los intereses acerca de las futuras investigaciones que emanan de las observaciones individuales hechas a cada uno de los pacientes, sus historias, sus dolencias y sus significantes.

Por último se expone la validez de la investigación, la conclusión general y las reflexiones personales.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es un trastorno mental común; que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, que se refiere a tristeza, irritabilidad y sensación de vacío; falta de autoestima, pérdida del interés, sensación de cansancio, dificultad de concentración, sentimiento de culpa, falta de esperanza, alteraciones del sueño o del apetito, y también pueden presentarse pensamientos de muerte o de suicidio. Este trastorno "representa la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad". Se estima que, a nivel global, un 3.8% de la población padece esta enfermedad, es decir, unos 280 millones de personas (OMS, 2021). Según las estimaciones mundiales de la Organización Panamericana de la Salud (2017), la prevalencia de la depresión varía según la región, la más alta se observó con un 5.9% de mujeres en la región de África y la más baja de 2.6% en los hombres en la Región del Pacífico Occidental.

Después de la pandemia, para 2022, la OPS menciona en su informe The COVID-19 Health Care Workers Study, que entre el 14,7% y el 22% del personal de salud entrevistado, presentaron síntomas de un episodio depresivo, y entre el 5 y el 15% pensaron en suicidarse. Estos porcentajes refieren a 14.502 trabajadores de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay.

A nivel nacional en México, datos de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), en 2021 había un 15.4% de personas con depresión,

de las cuales las mujeres representan un 19.5% y los hombres un 10.7%. Para 2022, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México reporta a 3.6 millones de personas con el trastorno, de los cuales el 1% se consideran como casos graves; el 19.3% puede presentar ansiedad y un 31.3% ansiedad mínima o en algún grado; 32% asociado al consumo de alcohol (Berenzon y cols., 2013); y mostrarse como depresión perinatal en un 30.7% de las mujeres embarazadas o que acaban de parir (Contreras, et al., 2022).

Según ENBIARE (2021), las entidades federativas con mayor porcentaje de síntomas depresivos en adultos son Guerrero (20.7%), Tabasco (20.5%) y Durango (19.9%), seguidas del Estado y Ciudad de México con 12.5%; y los de menor porcentaje, Quintana Roo (11.5%), Sonora (11.7%) y Nuevo León (12.3%).

Por otro lado, durante el episodio, se presentan dificultades en el funcionamiento personal, familiar, social, laboral y educativo, entre otros, así mismo este trastorno constituye el primer lugar de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en mujeres y el quinto en hombres (Marjan, et al., 2014).

La asociación con intento de suicidio es del 7 al 8% en mujeres y del 5 al 6% en hombres (ENSANUT, 2018). 7,818 personas han consumado el suicidio por depresión, lo que representa un 0.7% de mortalidad en el año 2020, lo que indica que por cada 100 000 habitantes, hay un total de 6383 hombres y 1427 mujeres, siendo el grupo más vulnerable el de 18 a 29 años; con mayor tasa de fallecimiento en Chihuahua (14.0%), Aguascalientes (11.1%) y Yucatán (10.2%), y los más bajos para Guerrero, Veracruz e Hidalgo con 2.0%, 3.3% y 3.7% respectivamente; y un 4.7% para la Ciudad de México (INEGI, 2021).

La depresión puede ser el resultado de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede detonarse debido a eventos adversos o traumáticos (OMS, 2021). Desde el modelo biológico, el trastorno depresivo mayor tiene cabida como una condición médica en la cual se ven afectadas las actividades psicomotora, cognitiva, vegetativa y del estado del ánimo; tienen su génesis en factores biológicos y psicológicos; pueden tener una predisposición genética y sucesos muy estresantes como abuso o traumas infantiles que generan variaciones significativas en el sistema nervioso central, constituyendo alteraciones en los sistemas neuroendócrinos, inmunológicos y de neurotransmisión, hay una hiperactivación del sistema noradrenérgico o una hipercortisolemia; (Páez, M., y Peña, F., 2018).

Por su parte, resumidamente, el modelo Cognitivo Conductual menciona que la suma de las representaciones que provienen de experiencias aversivas, crea pensamientos negativos acerca de sí mismo, a lo cual se atribuye el trastorno (Brewin, 1996; citado por Carrasco, 2017).

Desde la perspectiva sistémica relacional que aporta un panorama integral, es decir abarca el contexto social, cultural, familiar, psicológico y biológico, y atribuye los síntomas depresivos como el resultado de las interacciones entre estos contextos mencionados. En otras palabras podría decirse que un trastorno sería “el síntoma de una disfuncionalidad mantenida por un sistema familiar”, tomando como referencia a la familia como un sistema primario de desarrollo que fundamentan la personalidad (Linares, 2000, citado por Páez, y Peña, 2018). Por tal motivo, el modelo Alianza contribuye en el enriquecimiento de conocimientos existentes, toda vez que involucra variables que fortalecen una intervención más integral para los pacientes.

1.2 Contexto:

PsicoAlianza es un espacio creado y destinado al cuidado de la salud mental. Se trata de un espacio psicológico que busca el desarrollo de herramientas para el bienestar mental, a través de la psicología, la psicoterapia y la psicoeducación, ubicado en la Ciudad de México, en la alcaldía Iztacalco. Se basa en un modelo biopsicosocial e integrativo, con la convicción de trabajar en alianza con el paciente para conseguir su funcionalidad, mejoramiento emocional, y eliminación o disminución de sufrimiento; por tanto, trata de promover en las personas alcanzadas estilos de vida saludables, opciones para combatir los factores de riesgo involucrados, así como aumentar los factores protectores, promover espacios saludables, brindar psicoeducación, atención en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis; realizar diagnóstico oportuno e intervenir con procesos psicoterapéuticos; entrenamiento y acompañamiento a familiares de pacientes; le da un gran peso al tratamiento fitoterapéutico cuando es necesario, y también integra la importancia de un adecuado sistema de alimentación, y actividad física, buscando la salud mental :“un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 2001), con el cual sea favorecida la sociedad.

Opera desde un nivel de atención primaria, y prevención primaria, secundaria y terciaria. Ofrece los servicios de intervención psicoterapéutica, psicoeducación a través de diversas actividades como pláticas gratuitas, conferencias, cursos, capacitaciones, cine-debates, talleres; intervención psicopedagógica, estimulación termprana y asesorías académicas a nivel licenciatura y maestría.

Dentro de los modelos de intervención psicoterapéutica que se aplican en este centro son: terapia cognitivo conductual, enfoque humanista, psicoterapia con un enfoque psicodinámico, y EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Cuenta con alianzas y contactos con otras especialidades para cuando es necesario referir casos, como por ejemplo el Centro Integrador de Medicina Integrativa y algunos médicos de la misma institución; entrenadores deportivos, nutriólogos con habilidades para incluir y buscar mejoría en la salud mental; y un directorio con los números de servicios de psiquiatría en la Ciudad de México.

Actualmente es conformado por un equipo de psicólogas regidas por las Leyes y Normas estipuladas del Marco Jurídico aplicable y basado en el Manual de Procedimientos del Centro Integral de Salud Mental de la Secretaría de Salud (2021).

En Centro PsicoAlianza, es común recibir consultantes con trastornos depresivos y de ansiedad. Regularmente, los pacientes llegan a dicho lugar con una información incompleta de cómo son los procesos, y en ocasiones muestran resistencia debido al estigma social, a tratamientos anteriores que en sus casos fueron fallidos, y a los evidentes síntomas del trastorno. Varias veces acuden ya después de haber padecido los síntomas por un tiempo largo (desde 2 meses a 1 año aproximadamente), incluso acostumbrados a sentirse mal. Pueden asistir después de haber tomado tratamientos en alguna clínica u hospital con o sin derechohabiencia, y hasta combinar la atención debido a que el nivel de personalización queda desestimado según sus experiencias.

La edad de mayor prevalencia entre estos consultantes es en promedio de 19 a 25 años, de nivel socioeconomico medio, y estudios de medio superior y superior; gran porcentaje sin pareja o con dificultades en sus relaciones; y en mayoría mujeres.

Dentro de los síntomas que pueden mencionar, entre otras cosas, es un estado de ánimo “triste, estresado o irritado”, sueño descontrolado, pérdida o aumento de peso; llanto fácil, sensación de vacío, culpabilidad profunda, sensación de lentitud, de sentirse pesado y con flojera; de ir en “automático”, con intención de querer solucionar sus problemas a través de su muerte, automutilación en ocasiones, asociación con alcohol, cigarro o ambos; baja autoestima, angustia, sensación de no poder poner atención, con pérdida o disminución de las sensaciones que le generaban placer, desinterés, conductas de riesgo, o disfuncionales en trabajo o escuela; relaciones sociales disminuidas, aislamiento; así como persistentes creencias negativas acerca de él mismo, lo que genera una exposición prolongada a esas cogniciones, alimentando y creciendo así las mismas, que además, muchas veces están asociadas a trauma, ya sea infantil o por un evento adverso y fortuito.

Este tipo de pacientes ha sido tratado anteriormente en Centro PsicoAlianza con Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Psicoeducación, derivación con el médico fitoterapéuta cuando hay necesidad; con sugerencias de alimentación para mantener una microbiota saludable, recomendación de ejercicios y actividades físicas; entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, fortalecimiento de la red de apoyo y de relaciones interpersonales, así como el trabajo en autoestima, autoimagen y autoconcepto.

Por lo anterior, se presenta la necesidad de desarrollar modelos de intervención que puedan incluir nuevos paradigmas, con modelos psicoterapéuticos con evidencia científica, en procesos personalizados y diseñados exclusivamente para el paciente, así como un trato digno, empático, cálido y de calidad que logre una alianza terapéutica con el paciente, aumentando así su adherencia al tratamiento, en aras de un pronóstico mejor.

1.3 Definición del problema de investigación

Según la OMS (2018), la salud mental individual "está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos"; influyen el estilo de vida, el estrés, las dificultades socioeconómicas, la violencia, el bajo nivel educativo y los factores de personalidad y factores psiológicos, genéticos, desequilibrios bioquímicos cerebrales y por supuesto el ambiente en el que se desarrollan las personas, que en conjunto provocan una mayor o menor vulnerabilidad a adquirir un trastorno mental; mismo que se refiere a perturbaciones psíquicas y del comportamiento, "se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás" (OMS, 2019). Esta misma Organización, menciona para 2022 que casi "mil millones de personas en el mundo, eran afectadas por un trastorno mental"; éstos son la mayor causa de discapacidad, y las personas que los padecen de manera grave pueden morir de 10 a 20 años antes que la población en general. Reportan también que la depresión y ansiedad aumentaron más de 25% en el primer año de la pandemia; los suicidios representaron a más de uno por cada 100 fallecimientos antes de los 50 años; y para 2021, la cuarta causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años (OMS, 2021).

Cabe mencionar la importancia en la prevención, ya que la Organización Mundial de la Salud (2022) menciona que dentro de las causas de depresión, están los abusos sexuales en la infancia y el acoso por intimidación. Igualmente importante, este comunicado de prensa menciona que:

“Sólo un tercio de las personas que padece depresión recibe los cuidados de salud mental formales y se estima que el tratamiento contra la depresión mínimamente adecuado oscila desde el 23% en los países de ingresos altos hasta el 3% en los países de ingresos bajos y medianos bajos” (OMS, 2022).

En América Latina y el Caribe, la depresión representa un 3.35% (PAHO, 2018, citado por Pan-American Life, 2022).

En México, según la ENBIARE (2021), 15.4% de personas adultas, tienen depresión, de las cuales las mujeres representan un 19.5% y los hombres un 10.7%; cuyo porcentaje es mayor en Guerrero, Tabasco y Durango, seguidas del Estado y Ciudad de México con 12.5%.

Por su parte la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19, muestra que para el año 2019, adultos jóvenes padecían depresión en un 9.5%; en adultos de mediana edad con 18.3%, y en adultos mayores de un 13.3% (ENSANUT, citado por Cerecero, D.; Macías, F.; Arámburo, T., y Bautista, S., 2020). Asimismo, la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (citado por Guillen, 2021), registró para 2020, 329 suicidios, de los cuales el 25% representó al grupo de 20 a 29 años, un 17% para los de 30 a 39 años, un 15% para los de 20 a 49, y un 14% para los de 10 a 19 años de edad.

Para trabajar en ello, existen varias guías y modelos que refieren tratamientos en el trastorno depresivo, algunas incluyen dentro de sus procedimientos se encuentran la evaluación, la utilización de fármacos, terapia Cognitivo-Conductual, psicoeducación, los procesos asistenciales, TEC (Terapia electroconvulsiva) y seguimiento, así como considerar la gravedad de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y un plan de cuidados.

La intervención psicoterapéutica refiere a la terapia cognitivo conductual, de resolución de problemas, la psicodinámica, entrenamiento en habilidades sociales, counseling, la interpersonal y activación conductual, el Ministerio de Salud (2014), sin embargo, al verificar su eficacia, algunas muestran efecto medio-moderado o sin conclusiones sólidas en depresivos persistentes después del tratamiento con antidepresivos y psicoterapia. Parte de estos tratamientos son la administración de medicamentos que pueden acarrear efectos adversos e intercciones intolerantes de acuerdo a cada persona. Por su parte, Prieto, Estupiña y Cano (2021), definen varios factores de riesgo asociados de las recaídas: neuroticismo, discapacidad, severidad del trastorno, abuso en la infancia, menor extroversión, autoestima, rol emocional, funcionamiento físico; antecedentes de recaída, comorbilidad, y baja adherencia a la medicación; mismos que pueden dejar como resultado, la necesidad de investigar y ampliar la información, y elaboración de nuevos modelos que puedan ser eficaces, reducidos en tiempo y costos, que incluyan la integralidad de las personas.

Ahora bien, tomando como base los motivos de consulta en Centro PsicoAlianza (trastornos depresivos) y los objetivos en esta investigación, puede mencionarse

que existen alternativas funcionales ante la depresión, que hasta el momento no se han encontrado en las guías o modelos.

Se tienen como ejemplos: la fitoterapia, que desde una perspectiva endobiogénica, es una estrategia terapéutica progresiva y personalizada para recuperar la salud, en la cual la planta es utilizada en sus extractos totales, adaptados a la fisiología del cuerpo y solamente cuando el organismo no está en posibilidades de responder, es decir cuando hay una patología (Lapraz y Cleermont, 2017).

La psicoterapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) que según diversos estudios, es un modelo que ayuda a desensibilizar y reprocesar las memorias traumáticas y creencias negativas transmutándolas a adaptativas; también, se disminuye la molestia que causan los síntomas de los trastornos relacionados con traumas, factores de estrés y otros trastornos, y se puede llegar a la funcionalidad y adaptación.

lmportante también, la inclusión del ejercicio o actividad física que tantos beneficios trae (Bonet, 2017); y considerar en todos los casos una buena alimentación que mantenga una microbiota saludable con alimentos precursores de los neurotransmisores necesarios para la salud física y mental, ya que ello, aumentará tanto la calidad de vida de las personas y de sus familias, así como la labor de los profesionales (Rodríguez y Solano, 2008).

Debido a lo anterior, y a la importancia de dar atención de manera efectiva a las personas con depresión, se elabora la pregunta:

¿Cómo diseñar un modelo terapéutico integral para tratar la depresión y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza?

Ahora bien, para llegar a responder a la pregunta anterior, se plantean tres preguntas más:

- ¿Cuáles son los modelos terapéuticos actuales para tratar la depresión en jóvenes de 19 a 25 años?
- ¿Qué eficiencia, deficiencia o limitaciones presentan los esos modelos modelos terapéuticos actuales para tratar la depresión en jóvenes de 19 a 25 años?
- ¿Qué hallazgos se han encontrado en el ejercicio de la psicoterapia en Centro PsicoAlianza para trastornos depresivos?

1.4 Objetivo General.

Diseñar un modelo terapéutico integral para tratar los trastornos depresivos y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza.

1.5 Objetivos específicos:

1. Realizar una investigación sobre los modelos terapéuticos actuales existentes para tratar la depresión en adultos.
2. Detectar la eficicacia, deficiencias o limitaciones en esos modelos terapéuticos a través de la evidecia en estudios realizados previamente.
3. Identificar los hallazgos encontrados en el trabajo psicoterapéutico con personas con depresión en centro PsicoAlianza.

1.6 Justificación

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad, así como de carga mundial general de morbilidad (OMS, 2021). Constituye 15.4% de personas con depresión, de las cuales las mujeres representan un 19.5% y los hombres un 10.7% para México (ENBIARE, 2021); sus asociaciones con la ansiedad se expresan en un 19.3%; un 31.3% con ansiedad mínima o en algún grado; 32% asociado al consumo de alcohol (Berenzon y cols., 2013); y 30.7% con depresión perinatal mujeres embarazadas o que acaban de parir (Contreras, et al., 2022).

En este trastorno se presentan dificultades en las esferas biopsicosocial, y constituye el primer lugar de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en mujeres y el quinto en hombres (Marjan, et al., 2014), y en el peor de los casos puede llegar al suicidio.

Vivir con este padecimiento conlleva un gran peso, debido a las afectaciones que con ella vienen en consecuencia y al nivel de disfuncionalidad que puede presentarse de manera personal, académica, laboral y social.

Aunque existen varios modelos de tratamiento ante este trastorno, la evidencia indica, recaídas aproximadas en un 30% según la Guía de Salud (Emslie et al., 2015; Ministerio de Sanidad, 2018) aunado a que los tratamientos con fármacos suelen tener efectos secundarios adversos en la mayoría de las veces.

Así mismo, es bien sabido que los servicios de salud mental cuenta con brechas importantes como por ejemplo la insuficiencia de espacios, personal, presupuesto, entre otros, comparándolo con la cantidad de personas que requieren atención, dejando como resultado atenciones reducidas tomando en cuenta las necesidades;

queda rezagada también la prevención y la pormoción del autocuidado, la actuación en comunidad, la capacitación del equipo sanitario, estudios de investigación, así como las acciones necesarias para trabajar en la reducción del estigma y discriminación, ya que tan sólo el 2% del presupuesto de salud, es destidnado a la salud mental y de este dos por ciento, el 80% es dirigido a los hospitales psiquiátricos y su operatividad (Secretaría de Salaud, 2020).

Ahora, pese a que en los servicios de salud brindan tratamientos con psicoterapia, los procesos no están precisamente al alcance de todas las necesidades; es decir, por ejemplo, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Ciudad de México, ofrece psicoterapia, sin embargo para tener acceso a ésta, se requiere de pasar previamente por preconsulta, solicitar consulta que será brindada por un médico psiquiatra. La espera después de solicitar y alcanzar una de las cuarenta preconsultas que se ofertan en días hábiles por consulta externa, puede variar en tiempo, sin embargo, es aproximado a un mes y medio después de la solicitud, lo que deja ver la insuficiencia de los espacios ante la gran demanda. Una vez, aceptado como paciente, se elabora la historia clínica y un estudio socioeconómico, además de llevar los requisitos como una hoja que conste o no derechohabiencia a ISSSTE o IMSS; después de eso, continúa la consulta subsecuente que también será agendada de acuerdo al espacio en agenda, tiene duración aproximada a 30 minutos y la persona puede ser atendida por médicos residentes, nutriólogos o personal de psicología.

Por otro lado, suponiendo una depresión leve en la que los fármacos podrían evitarse, al asistir a este servicio de salud, el proceso de espera para una psicoterapia puede ser bastante largo, lo que puede ser una barrera para el

consultante en caso de que sus factores de riesgo incrementen y su condición empeore.

Por tanto, diseñar nuevos modelos integrativos que incluyan nuevos paradigmas con evidencia científica y replicarlos en sistemas de salud primaria podría beneficiar a las personas con esta enfermedad, disminuir a largo plazo la prevalencia, aspirar a mejores pronósticos, aumentar la salud mental y la calidad de vida de las personas.

1.7 Beneficios esperados:

La investigación de varios modelos de atención a los trastornos depresivos otorga un gran beneficio, toda vez que permite ubicar sus deficiencias y limitaciones a efecto de tomar las precauciones correspondientes para aplicarlos a los pacientes que acuden a los centros de atención psicológica.

Un modelo de tratamiento para la depresión, en donde se integren las áreas afectadas por ese trastorno, formado a partir de descubrimientos que actualmente cuenten con evidencia científica, puede en un primer plano, reducir los síntomas de malestar y alteraciones en las personas que los tienen, así como reducir la preocupación, presión y cansancio en sus familiares.

Por otro lado, puede también dejar resultados benéficos y mayor funcionalidad personal, académica, laboral y social, en la vida de las personas que los padecen. Cabe destacar que en lo personal se incluyen las esferas biológica, psicológica y social que se trabajan de manera exclusiva y personalizada con el paciente, que

podría traducirse y reflejarse en conductas más adaptativas y que a su vez equivaldría a una mejor calidad de vida.

La psicoeducación incluida en el modelo propuesto, brindado tanto al paciente como a las familias y al público en general, puede llevar a una mejor comprensión de lo que significa el trastorno, conocimiento acerca de los procesos dentro del tratamiento, generar mayor conciencia acerca del estigma, la exclusión y la discriminación, mismo que se esperaría redujera el miedo, ignorancia y exclusión que se genera a partir de un problema de salud mental como es la depresión, esperando como resultado la inclusión social y un fortalecimiento de las redes de apoyo; así como contribuir a la prevención de los trastornos mentales a través del aprendizaje en esa práctica.

Por tanto, se puede decir que un modelo pensado de manera integrativa puede dar beneficios a los pacientes, a sus familias, a la sociedad en general, y por supuesto, generar nuevos hallazgos en el plano de la salud mental.

1.8 Limitaciones.

Esta investigación es llevada en Centro PsicoAlianza, mismo que cuenta con un consultorio particular para llevar a cabo el tratamiento propuesto por el modelo y las sesiones psicoterapéuticas necesarias; no se cuenta con otras disciplinas ni equipo especializado para obtener estudios de laboratorio, estudios de neuroimagen, electroencefalogramas (EEG), mapeos cerebrales u otros; por tanto, se debe decir que ésta es una limitante del estudio para indagar en la evidencia del modelo propuesto, mismos que sí se podrían proporcionar en un ambiente con equipo y

profesionales especializados en las áreas mencionadas, no obstante, la evidencia con la que sí se cuenta, es la de los postest aplicados a la muestra de estudio.

Una limitante más es que no se cuenta con una fase de seguimiento para evaluar la eficacia del modelo a tres, seis o doce meses.

1.9 Alcances

Esta investigación incluye en su marco teórico algunos modelos para tratar la depresión, sin embargo ello representa un porcentaje de los existentes, de tal manera que la evidencia encontrada no representa todos los modelos o programas elaborados para tal efecto.

El estudio comprende un tiempo limitado de aplicación en el abordaje del modelo propuesto; por tanto, puede alcanzar a brindar un resultado que muestre la efectividad del mismo; sin embargo, al no existir una fase de seguimiento, no podría mostrar el efecto a un plazo mayor de tiempo, perdiendo la oportunidad de saber si la efectividad del modelo es perdurable, aunado a que la investigación es llevada a cabo en un centro ubicado en la alcaldía Iztacalco, relativamente de poca afluencia a comparación de una clínica u hospital que tienen mayor asistencia, es decir, los beneficios que se esperan, en esta ocasión podrían alcanzar un número reducido de personas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Salud mental y Trastornos mentales

La Organización Mundial de la Salud, menciona que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS, 2022). La interrelación de factores que van desde la genética, las situaciones emocionales, eventos estresantes y el ambiente de desarrollo, influirá en el estado de salud física y mental, “la salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa” (OMS, 2017).

Por el contrario, cuando en conjunto esos factores se ven perturbados y se presenta una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, es posible decir que son características de un trastorno (OMS, 2019).

Los trastornos llevan implícita la perdida de la salud mental e implican una sobrecarga para quien lo padece y su familia, sobretodo si es de un nivel socioeconómico bajo; ese es el panorama de la salud mental actual en México, con un 17% de personas con un trastorno mental, con una de cada cuatro que lo padecerá una vez en su vida, y recibiendo tratamiento sólo una de cada cinco; otros grupos que se pueden considerar mayormente vulnerables al tener mayores factores de riesgo que otros, son por ejemplo las familias en situación de violencia, adultos en etapa de plenitud o migrantes, personas con discapacidad, personas desempleadas y madres adolescentes, de acuerdo a los datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Senado de la República y la Cámara

de Diputados (2018). En México, hay diversos tipos de poblaciones que requieren de atención debido a la suma de factores con los que cuentan; situaciones como desastres naturales, el narcotráfico, la violencia y otras condiciones como encontrarse dentro de los grupos vulnerables que presentan mayor riesgo de presentar trastonos mentales, se une la discriminación, la exclusión y el estigma que pueden impedir solicitar ayuda (INCyTU, 2018).

El estigma es “una marca que excluye a una persona de las demás y que disminuye su valor en el grupo social al que pertenece”, esa exclusión se ve reflejada en diversos comportamientos negativos que ponen en peligro la vida (OPS, 2023). El estigma en los trastornos mentales o en la discapacidad psicosocial, puede traer consigo consecuencias graves, puesto que la señalización que sufren debido a la ignorancia y miedo de la sociedad, deja con mayor vulnerabilidad a quien los padece. Parte de las implicaciones son la discriminación y el atropello en los derechos humanos, la falta o limitación de oportunidades tanto en educación, en trabajo, en el alcance de una vivienda digna, en ser parte de una sociedad que los deja fuera por no encajar en los estereotipos occidentales actuales. El ser humano es social por naturaleza; al sufrir el rechazo social debido a la enfermedad, la posibilidad de llegar a la instancia correspondiente para la valoración, tratamiento y adherencia que requiere, es reducida.

Para Campo, Oviedo y Herazo (2014), las barreras que obstaculizan los tratamientos incluyendo el estigma, son “geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales”, donde se pueden mencionar como ejemplos: la centralización de los servicios de salud mental, altos costos en los tratamientos, las complicadas dinámicas que se deben hacer para conseguir la atención en los

servicios de salud mental públicos, las competencias del personal, y por supuesto la exclusión social.

2.1.2 Estrés, depresión y ansiedad, una triada como problema de salud pública en México

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México (Secretaría de Salud, 2014), reconoce que los trastornos por ansiedad y depresión, son causados en un 90% debido al estrés en cualquiera de sus versiones: estrés social, laboral y económico.

El estrés es “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción necesaria a fin de la supervivencia” (OMS; Torrades, 2007). Al tratar de satisfacer todas las demandas del ambiente, de una manera rápida, eficaz sin tener las herramientas necesarias para manejarlo, se puede caer en un estado de preocupación y tensión que provienen de las situaciones de cada persona (OMS, 2023). Es entonces que se vuelve no adaptativo causando síntomas fisiológicos molestos y puede dar pauta al crecimiento de la ansiedad, de la depresión (Secretaría de Salud, 2014), e incluso alimentar creencias negativas propias, dañando la autoevaluación y por ende la autoestima.

La ansiedad, se considera “una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes”, cuando deja de ser adaptativa, causa malestares y síntomas, tornándose patológica (Fernández, et al., 2012). Basados en la disfunción de circuitos neuronales, en la ansiedad se observa una alteración

en el procesamiento de las amenazas; una hiperactivación de la amígdala y una hipoactivación de la circonvolución del cíngulo anterior. Su variabilidad genética ronda de 30 a 50% (Delgado, et al., 2021).

La ansiedad, los problemas de insomnio y la ideación suicida, son factores de riesgo considerables para la depresión.

La situación en México respecto a la depresión es grave; tan sólo para 2013, la depresión ya representaba un problema importante de salud pública, representando el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Berenzon y cols., 2013) refieren que un 9.2% de los mexicanos aparecieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida, siendo más frecuente en las mujeres con un 10.4% y con un 5.4% en los hombres, y teniendo como dato importante que cuando se presentan antes de los 18 años, ésta puede ser más crónica. En la población adolescente un 7.8% presentó trastornos depresivos y 0.8% distimia. La prevalencia para las personas de más de 65 años es aproximada al 20%. Respecto de las mujeres con depresión posparto van del 5 a 25%.

Mayormente, la depresión se presenta con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardiacas (Berenzon, S.; Lara, M.; Robles, R.; Medina-Mora, M., 2013).

Por otro lado, un estado de ánimo deprimido más cierto grado de dificultad en la funcionalidad, deja un rezago en creencias propias, lo que puede llevar a dañar la autoevaluación y autoestima. Al respecto, los resultados de un análisis multivariado en estudiantes de medicina humana de ocho universidades de Latinoamérica, Vivar,

(2023) encontró que dentro de las variables asociadas a baja autoestima, se encuentra la depresión en un nivel moderado-severo.

2.1.3 Criterios diagnósticos de la depresión

La depresión es un trastorno mental catalogado común debido a su alta incidencia; se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, que se refiere a tristeza, irritabilidad y sensación de vacío; falta de autoestima, pérdida del interés, sensación de cansancio, dificultad de concentración, sentimiento de culpa, falta de esperanza, alteraciones del sueño o del apetito, y también pueden presentarse pensamientos de muerte o de suicidio. Durante un episodio depresivo, se presentan dificultades en el funcionamiento personal, familiar, social, laboral-educativo, entre otros, y se presenta mayormente en mujeres. “La depresión representa la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad” (OMS, 2021).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (APA, 2014) clasifica a los episodios depresivos en distintos tipos que van de leves, moderados a graves, con características psicóticas, recurrente o en remisión parcial o total, de acuerdo a la intensidad de los síntomas y a la repercusión en el funcionamiento de quien lo padece. Éstos son: trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado (APA, 2014).

Las variaciones dentro de los trastornos van en torno a su intensidad (de leves a severos) y en la duración que puede ir de meses a años, siendo así duradera o recurrente, lo cual afecta el rendimiento y capacidad de la persona ante sus actividades cotidianas.

Dentro de los trastornos depresivos existen dos subcategorías principales: el primero es el episodio depresivo mayor que dependiendo de la cantidad de síntomas presentados, se definirá como de intensidad leve, moderado o grave, y los criterios son: un estado de ánimo deprimido, disminución de energía, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar; y en el cual debe especificarse si se presenta con ansiedad, con características mixtas, psicóticas, atípicas, si es de patrón estacional o con inicio en el periparto. Por su parte la distimia es una depresión leve pero persistente o crónica, su sintomatología es similar a la de un episodio depresivo, sólo que menos intensos y a largo plazo; también se deben asignarse los especificadores que hay en el episodio depresivo mayor (ansiedad, características mixtas, psicóticas, atípicas, de patrón estacional o con inicio en el periparto).

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud hace la puntualización de que el trastorno afectivo bipolar presenta episodios maniacos y depresivos interrumpidos por periodos normales del estado de ánimo (OPS, 2017).

Continuando, la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, refiere que en el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, hay accesos de cólera graves que son recurrentes y desproporcionados a las situaciones presentadas, es decir, las rabietas no concuerdan con el grado de desarrollo de la persona; otro criterio es que esto ocurre en promedio 3 veces por semana, con un

estado de ánimo irritable por al menos 12 meses y cubre las edades de seis a dieciocho años, con un inicio regular antes de los diez años.

El trastorno disfórico premenstrual, expresa una labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa con un estado de ánimo intensamente deprimido acompañado de ansiedad o tensión, además de algunos síntomas presentes en el episodio depresivo pero presentados antes del ciclo menstrual que desaparecen después de ésta, y para su diagnóstico se requiere que esto haya ocurrido durante un año en casi todos los ciclos (APA, 2014).

A diferencia del depresivo inducido por sustancias, se presenta una alteración importante del estado de ánimo con disminución de interés o placer desarrollados durante o poco después de una intoxicación que puede ser con alcohol, fenciclidina, un alucinógeno, inhalante, opiáceo, sedante, hipnótico, anfetamina, cocaína u otra sustancia (APA, 2014). Ahora bien, cuando el trastorno es debido a otra afección médica, se refiere a que se presenta en consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Por último, la diferenica en el trastorno depresivo especificado y no especificado, es que en el primero predominan los síntomas caracteríscos del episodio depresivo, pero no se cumplen totalmente; ejemplo de ello sería una depresión breve recurrente, de corta duración o con síntomas insuficientes; y en el segundo se opta por no especificar el motivo del inclumplimiento de criterios de un específico por no existir suficiente información para el diagnóstico (APA, 2014).

Para especificar la depresión, el Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Revision de la Clasificacion Internacional de las Enfermedades (CIE-10), tiene los siguientes apartados.

Tabla 1. Trastornos del humor (afectivos) F 30-39

Trastornos del humor (afectivos) F 30-39
F32 Episodios depresivos
F32.0 Episodio depresivo leve
F32.00 Sin síntomas somáticos
F32.01 Con síntomas somáticos
F32.1 Episodio depresivo moderado
F32.10 Síntomas somáticos
F32.11 Con síntomas somáticos
F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8 Otros episodios depresivos
F32.9 Episodios depresivos sin especificación
F33 Trastorno depresivo recurrente
F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
F33.00 Sin síntomas somáticos
F33.01 Con síntomas somáticos
F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
F33.10 Sin síntomas somáticos
F33.11 Con síntomas somáticos
F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación
F34Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F34.0 Ciclotimia
F34.1 Distimia
F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes
F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación
Se excluyen los F06.3 (Trastornos del humor orgánicos).

Fuente: Adaptación de Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1999).

De acuerdo a la CIE 10, estos trastornos se refieren a alteraciones del humor, la afectividad o la euforia (F30-F30.9, Episodio maniaco, hipomanía, con o sin síntomas psicóticos; F31.0- F31.9 trastorno bipolar no incluidos en tabla). Estos trastornos se pueden acompañar o no de ansiedad, tienden a ser recurrentes y con

frecuencia se vinculan a situaciones estresantes; se hace la puntualización que los síntomas llamados somáticos se podrían haber llamado melancólicos, vitales, biológicos o endogenomorfos. La gravedad se refiere a los niveles leve, moderado y grave que pueden ir acompañados o no de síntomas psicóticos. Esta clasificación se trata de un humor depresivo, pérdida de interés y de disfrutar actividades, cansancio exagerado, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de inutilidad, perspectivas sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o auto agresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito que se puede diagnosticar si se presenta durante al menos dos semanas o menos si los síntomas son graves y bruscos (CIE 10, 1999).

A su actualización, los trastornos depresivos se pueden encontrar de la siguiente manera en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

Tabla 2. Trastornos depresivos en CIE 11

Trastornos depresivos en CIE 11
6A70 Trastorno depresivo de episodio único
6A70.0 Trastorno depresivo de episodio único leve
6A70.1 Trastorno depresivo de episodio único moderado sin síntomas psicóticos
6A70.2 Trastorno depresivo episodio único moderado con síntomas psicóticos
6A70.3 Trastorno depresivo episodio único grave sin síntomas psicóticos
6A70.4 Trastorno depresivo episodio único grave con síntomas psicóticos
6A70.5 Trastorno depresivo episodio único de gravedad no especificada
6A70.6 Trastorno depresivo episodio único actualmente en remisión parcial
6A70.7 Trastorno depresivo episodio único actualmente en remisión total
6A70.Y otro trastorno depresivo de episodio único especificado
6A70.Z Trastorno depresivo de episodio único sin especificación
6A71 Trastorno depresivo recurrente
6A71.0 Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve
6A71.1 T. depresivo recurrente ep. actual moderado sin síntomas psicóticos
6A71.2 T. depresivo recurrente episodio actual moderado con síntomas psicóticos
6A71.3 T. depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos
6A71.4 T. depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos
6A71.5 Trastorno depresivo recurrente episodio actual gravedad no especificada

6A71.6 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión parcial
6A71.7 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión completa
6A71.Y Otro trastorno depresivo recurrente especificado
6A71.Z Trastorno depresivo recurrente sin especificación
6A72 Trastorno distímico
6A73 Trastorno mixto de depresión y ansiedad
GA34.41 Trastorno disfórico premenstrual
GA7Y Otros trastornos depresivos especificados
GA7Z Trastornos depresivos sin especificación

Fuente: CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (2022).

En esta clasificación, los trastornos depresivos se encuentran dentro de los trastornos del estado de ánimo y como puntualización, el Trastorno Ciclotímico (6A62), se encuentra dentro del trastorno bipolar.

Cabe mencionar que en este estudio se toman como base, los criterios diagnósticos especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (APA, 2014).

Paralelo a la comorbilidad, se ha podido reconocer desde la observación clínica que existen ciertas características que varios trastonos mentales pueden compartir, Estévez, Ramos y Salguero (2015) definen el trasndiagnóstico como un enfoque integrador que pretende identificar los procesos psicológicos subyacentes a diferentes patologías. Por ejemplo:

“La ansiedad aumentaría la probabilidad de un síntoma conectado, el insomnio, que daría lugar a la fatiga, originando problemas de concentración y rendimiento, que a su vez ocasionarían la activación de sentimientos de culpa, ánimo deprimido, etcétera” (González, et al., 2018).

Por tanto y desde esta vía, sería posible decir que los eventos traumáticos, las creencias, la ansiedad, la autoestima y el estrés, por mencionar algunos, son

factores transdiagnósticos que coexisten en diferentes trastornos, en los cuales, en caso de ser intervenidos, podrían tener un efecto positivo en el diagnóstico, aportando una atención integrada al paciente.

2.1.4 Etiología de la depresión

La depresión puede ser el resultado de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede detonarse debido a eventos adversos o traumáticos (OMS, 2021). Para abordar la etiología de la depresión existen diferentes modelos que la explican, dentro de los cuales podemos encontrar una perspectiva biológica, el módelo cognitivo conductual, el interpersonal y el de orientación psicoanalítica por mencionar algunos.

Desde la biológica, el trastorno depresivo mayor tiene cabida como una condición médica en la cual se ven afectadas las actividades psicomotora, cognitiva, vegetativa y del estado del ánimo; tienen su génesis en factores biológicos y psicológicos; pueden tener una predisposición genética y sucesos muy estresantes como abuso o traumas infantiles que generan variaciones significativas en el sistema nervioso central, constituyendo alteraciones en los sistemas neuroendócrinos, inmunológicos y de neurotransmisión, hay una hiperactivación del sistema noradrenérgico o una hipercortisolemia; (Páez, M., y Peña, F., 2018).

En el artículo “Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal”, Ramírez et al., (2018), abordan una hipótesis del origen de la depresión que establece que la relación entre la actividad

del sistema inmunitario innato y la del sistema nervioso central es distorsionada debido a ciertos estresores, ya sea el estrés causado por una infección o por estrés psicológico excesivo, y menciona lo siguiente:

“El estrés causado por una infección o el estrés psicológico excesivo activan receptores de tipo toll, como el TLR-4, el factor de transcripción NF-kB, el inflamasoma NLRP3, así como la secreción de interleucina 1 beta (IL-1β) e interleucina 6 (IL-6); esto causa, en primer lugar, los síntomas generales de enfermedad que aparecen con cualquier infección, pero también los síntomas característicos de la depresión como disforia y anhedonia” (Ramírez et al., 2018).

Teniendo con lo anterior que si el estímulo persiste al siguiente día, se presenta una activación de la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO) que incrementa la síntesis de ácido quinolínico, reduciendo síntesis de serotonina, y activa otros receptores en el sistema nerviosos central como el N-metil-D-asparto (NMDA), estimulando interleucinas como por ejemplo IL-6 y 1L-1B, que deja una hiperactividad en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, desviando así el metabolismo del triptofano a más producción de ácido quinolínico y de interleucinas de inmunidad innata, reduciendo al tiempo la síntesis de serotonina, consolidado entonces un proceso depresivo. (Ramírez et al., 2018).

Otro modelo que explica el origen de la depresión, es el Cognitivo Conductual, mencionando que la suma de las representaciones que provienen de experiencias aversivas, crea pensamientos negativos acerca de sí mismo, a lo cual se atribuye el trastorno (Brewin, 1996; Carrasco, 2017).

Es posible acotar que según Alford y Beck (1997; Carrasco, 2017) la interpretación y comprensión de las experiencias se basa en los esquemas personales que sirven para categorizar esos eventos, conformando y conservando selecciones de información atribuida a esos esquemas aun sean disfuncionales.

En ese sentido, para Young (1990; Brewin, 1996; Carrasco, 2017) el nivel más profundo de cognición involucra “esquemas tempranos maladaptativos” que son gestados durante los primeros años de vida, dados de la interacción entre las experiencias disfuncionales con los seres más cercanos que suelen ser la madre, el padre y los hermanos, con el propio temperamento. Esos esquemas que son activados en ambientes específicos pueden crear una intensa emocionalidad, distorsiones cognitivas y un por tanto un problemático comportamiento e incluso depresión; en otras palabras, los estresores vitales son el componente conductual de la depresión, y con ello los que tendrían que ser patrones de reforzamiento normales se pueden alterar.

Por otro lado, según el modelo de orientación Psicoanalítica, la melancolía, que hace referenica a los fenómenos que más tarde la psiquiatría llamaría depresión, se refiere a “una reacción ante una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto” Freud (1917; Carrasco, 2017), teniendo que las experiencias traumáticas infantiles basadas en carencias en la relación de apego, se asocian a algunos tipos de depresión, puesto que esas experiencias fueron generadoras de déficits psíquicos, mismo que se vuelve una predisposición de enfrentamiento negativa ante situaciones de nuevas pérdidas o de estrés (Fonagy, 1999; Carrasco, 2017).

La melancolía puede referirse a una enfermedad, a una condición de tristeza, involucra al temperamento y tipo de carácter, además de ser un malestar temporario o crónico, con psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo según la hipótesis de Freud, atribuyendo que esos estados anímicos de la oposición de un cúmulo de "tensión sexual física", acumulando así una "tensión sexual psíquica" referente a la neurosis de angustia en la que permuta el afecto (Muñoz, 2009; Korman y Sarudiansky, 2011). Así mismo, menciona en sus manuscritos que ésta puede ser causante de enfermedades.

Hugo Bleichmar menciona que la depresión que se manifiesta depende del "elevado ideal narcisista" y de la imagen desvalorizada del yo y de la autocrítica agresiva (Korman y Sarudiansky, 2011)

Dentro de este mismo enfoque, Lemma et al., (2010) refiere que la Terapia Dinámica Interpersonal ve a los síntomas depresivos como respuesta a amenazas percibidas, dificultades interpersonales, pérdidas o separaciones, que constituirían amenazas para sí mismo que se pueden reflejar en creencias, sentimientos, deseos y pensamientos limitantes (Carrasco, 2017).

Ahora bien, desde la perspectiva sistémica relacional que aporta un panorama integral, que según Linares (2000) abarca el contexto social, cultural, familiar, psicológico y biológico, y atribuye los síntomas depresivos como el resultado de las interacciones entre estos contextos mencionados. Otras palabras podrían decirse que un trastorno sería "el síntoma de una disfuncionalidad mantenida por un sistema familiar", tomando como referencia a la familia como un sistema primario de desarrollo que fundamentan la personalidad (Páez, y Peña, 2018).

2.1.5 Factores de riesgo asociados

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, nos dice que apartir de la estadística básica y la derivada, a través de censos, encuestas y registros administrativos, se obtienen indicadores demográficos, sociales, económicos, y contabilidad nacional; de tal forma, es posible identificar factores de riesgo y de protección después de la comparación de las tasas de prevalencia entre diferentes países. Un factor de riesgo se refiere a una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado" (Cova, F. 2004), esa consecuencia es negativa para la persona si se trata de un factor de riesgo. Los factores de riesgo en la depresión son biopsicosociales y multifactoriales. Pueden agruparse por edad como la infancia, adolescencia, adultez y vejez, además están los factores médicos y por supuesto las crisis.

El trastorno depresivo así como otras enfermedades, puede ser el resultado de la interacción entre factores biológicos heredados, psicológicos y sociales de contexto que interactúan con las características individuales (Berenzon, S.; Lara, M.; Robles, R.; Medina-Mora, M., 2013), por tanto existen diversos factores de riesgo en la población mexicana como por ejemplo: ser mujer (sobre todo si es jefa de familia), aplicarse exclusivamente a labores del hogar, ser cuidador de una persona enferma, ser de bajo nivel socioeconómico, crisis económicas, encontrarse desempleado, el aislamiento social, problemas legales, entorno con violencia e inseguridad, tener experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas, y la migración, además de que ésta puede ser más grave si se presenta en condiciones de pobreza.

Al tratarse de la depresión posparto, los factores de riesgo pueden ser el escaso apoyo social, eventos estresantes, experiencias traumáticas, baja autoestima, conflictos de pareja, ansiedad prenatal, nivel socioeconómico bajo y antecedentes familiares de depresión (Berenzon, et al., 2013).

Según el Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (2021), dentro de los factores de riesgo puede haber varios, por ejemplo puede referirse a problemas emocionales tales como la culpa, miedos extremos, ansiedad, baja autoestima, autolesiones, consumo o abuso de sustancias, y antecedentes familiares con factores de riesgo.

Moreno y Báez, (2010) comentan que dentro de los factores socioambientales de incidencia en los trastornos mentales se encontraron: 1. Estatus social determinado por la variable renta. 2.Situación social desfavorecida, determinada por las variables paro, precariedad en el empleo, analfabetismo o carencia de estudios primarios. 3.Emigración. 4.Origen étnico no privilegiado. 5.Nula o baja dotación de recursos comunitarios: bienes, servicios, infraestructuras y equipamientos. Aquí también se hace hincapié en que los factores socioambientales no determinan un trastorno pero sí contribuye de manera importante a que así sea (Verano y Garavito, 2015).

La misma estructura del sistema de salud, es también un factor muy importante ya que éste “condiciona el acceso a los servicios y programas de los diferentes grupos sociales y cumple (o deja de cumplir) varias funciones como: la prevención de las enfermedades, la curación o la rehabilitación” (Álvarez, S. 2009), de tal manera que además de beneficiar o no a la población, también tendrá la función de sostener y dar estructura social.

2.1.6 Trauma y depresión

El DSM 5 de la APA (2014), se refiere a trauma como cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo; por su parte la CIE-10 lo define como la exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas, y que desencadenan reacciones emocionales intensas, perturbadoras, labilidad emocional, irritabilidad, insomnio, recuerdos intrusivos y otros que se presentan a los días o semanas después de la exposición (Figueroa, et al., 2016).

De acuerdo a Pierre, J. (1894, 1919) un trauma psíquico se refiere a la consecuencia que se da después de la exposición a un evento estresante que rebasa los mecanismos de afrontamiento; esa memoria no se logra integrar como una experiencia narrativa neutra sino que se queda fragmentada fuera de la consciencia, reflejada en percepciones visuales, rasgos somáticos y una reactuación conductual (Salvador, 2009).

La exposición prolongada a trauma hasta los 16 años, se asoció a tasas más altas de trastornos psiquiátricos, a aislamiento social y dificultad para mantener un trabajo (Copeland, et al., 2018).

Diversos eventos pueden provocar trauma, el maltrato infantil, es uno de ellos. La Organización Mundial de la Salud (2022), indica que el maltrato infantil gesta problemas de salud física y mental con duración de por vida; lo definen como cualquier forma de abuso que afecte a un menor de 18 años, e implica todo tipo de

maltrato: físico, sexual, afectivo, negligente, reflejado en desatención o explotación; es también una causa de estrés vinculado con alteraciones del desarrollo temprano del cerebro en el que los sistemas nervioso e inmunológico se pueden ver perjudicados a manera de ser mayormente vulnerable a padecer problemas físicos, psicológicos o del comportamiento como: actos de violencia, depresión, tabaquismo, obesidad, comportamientos sexuales de riesgo, embarazos no deseados y consumo nocivo de alcohol y drogas (OMS, 2022).

Estudios recientes muestran datos importantes acerca de la relación entre el trauma y los trastornos mentales.

Orrego et al. (2020) compararon la prevalencia de trastornos mentales y las características sociodemográficas desde la perspectiva de eventos traumáticos y tipos de violencia en población general (13-65 años), con muestra de 294 personas, con selección al azar y categorizarando en cinco grupos los eventos traumáticos: relacionadas con el conflicto armado, violencia sexual, violencia intrafamiliar, otras violencias, traumas y algunos trastornos mentales; encontrando que la exposición a eventos traumáticos y violencia tiene alta prevalencia de trastornos mentales. La violencia sexual intrafamiliar tuvieron mayor porcentaje en las mujeres y la depresión mayor asociada al conflicto armado en los menores de 13 años fue del 48.3%. De los 14 años en adelante obtuvieron un 45.5% de prevalencia de trastornos afectivos en relación a evento traumático con conflicto armado: 34.1% para depresión mayor, 31.8% para estrés postraumático y 29.5% para ideación suicida. Para violencia intrafamiliar como grupo traumático, encontraron un 61.1% para trastornos de ansiedad, 38.9% para depresión mayor, 27.8% estrés postraumático y 22.2% para los de consumo de alcohol. Dentro de otras violencias

como grupo traumático, la ansiedad estuvo a la alza con 34.4%, la ideación suicida con 30.6%, la depresión con 22.9% y y 15.9% para estrés postraumático. El grupo de otros traumas, igualmente los trastornos de ansiedad tuvieron mayor prevalencia con 42.9%, seguido de ideación suicida en 28.6%, para depresión mayor un 27.6% y 16.3 para estrés postraumático. En el último grupo de trauma por violencia sexual, la mayor prevalencia con 57.1% fue para los trastornos de ansiedad, ideación suicida en 42.9%, fobia específica con 35.7%, un 28.6% para depresión mayor y 21.4% para los trastornos por consumo de alcohol.

En conclusión mencionan que la prevalencia más alta de depresión se asoció al trauma ocurrido antes de los 13 años relacionados con conflicto armado colombiano; y en el grupo de 14-65 años, la violencia intrafamiliar (Orrego et al., 2020).

Por su parte, Morales, Guillén & Quevedo (2019), elaboran un estudio titulado Maltrato infantil y trastornos mentales en delincuentes juveniles: una revisión sistemática; en el que pretendían analizar la probable vinculación entre experiencias traumáticas vividas en la infancia con el desarrollo de cierto tipo de trastornos en adolescentes vinculados al sistema judicial. En el análisis de 43 documentos observaron que el trastorno del humor (afectivo) tiene mayor incidencia en la población de estudio; y las experiencias más frecuentes son: abuso sexual mayormente vinculado al trastorno de humor, diversos tipos de experiencias traumáticas, vínculadas a TEPT, y el conjunto de ambas, trauma y abuso, asociado a trastornos de la personalidad.

En una investigación más, de Vitriol, et al. (2017), mencionan que existe suficiente evidencia que confirma que experiencias infantiles adversas constituyen el

desarrollo de patologías mentales y problemas biomédicos que prevalecen en la adultez como 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. El estudio realizado con 394 pacientes mayores de 15 años, con edad media de 30,1 años, en mayoría mujeres (86.8%) y en tratamiento por depresión, de los cuales el 82% refirió al menos una experiencia infantil adversa, y más de la mitad más de tres. Se establecieron correlaciones significativas entre el número de experiencias infantiles adversas con mayor severidad depresiva, número de episodios, prolongada duración en episodios, y suicidalidad. Como resultados obtuvieron el porcentaje de frecuencia de los siguientes eventos traumáticos presentes en la muestra de estudio que padecía depresión: separación traumática 46.7%, abuso de alcohol 48.0%, ser testigo de violencia doméstica 49.5%, castigo físico 44.9%, secuela castigo físico 24.8%, abuso sexual por familiar 21,8%, abuso sexual por no familiar 19.1%, a lo menos un tipo de abuso sexual 33.2%, y para los dos tipos de abuso sexual 6,6% (Vitriol, et al., 2017).

Un estudio más de Vitriol, et al. (2017), propone una posible caracterización de los consultantes por depresión con la historia de trauma temprano a un servicio de salud secundario, que parte de la pregunta de si la depresión y trauma infantil hacen un subtipo depresivo complejo. Su investigación muestra evidencia de otros estudios que demuestran una relación entre la depresión, suicidalidad y uso de antidepresivos con mayor número de eventos adversos en la infancia (Adverse Childhood Experiences Study). También mencionan que los pacientes con depresión y trauma temprano, presentan una edad de aparición más temprana,

mayor cronicidad y recurrencia, y mayor comorbilidad con ansiedad, abuso de sustancias, dificultad interpersonal, suicidalidad y una respuesta disminuida a tratamientos. Aunado a ello, constatan la asociación entre eventos adversos infantiles con mayor severidad depresiva, lo que originó su interés en diseñar estrategias de intervención desde 2009 en pacientes con estas características, consolidándolo para 2016, mismo que los impulsó a buscar orientaciones más específicas. De ahí, hacen una propuesta de un servicio de salud secundario, con las pacientes con cuadros depresivos severos, intento de suicidio, refractariedad o psicosis, derivadas de atención primaria. Su propuesta incluyó indagar acerca de antecedentes traumáticos, diagnóstico de comorbilidades psiquiátricas del espectro ansioso, síntomas disociativos, patrones relacionales como secuela de trauma; obteniendo posibles perfiles diagnósticos en pacientes con depresión compleja y trauma temprano: perfil predominante depresivo, predominante postraumático y predominante disocial. El primero se refiere a cuadros recurrentes depresivos crónicos, comorbilidad con ansiedad de tipo distímico; la característica aquí es que hay presencia de conflictos a patrón víctima victimario, qué refiere a la internalización de relaciones vinculares de maltrato o desvalorización como experiencias de la infancia. Dificultad para elaborar los duelos, culpa, rabia y ambivalencia en las relaciones. Perfil predominante postraumático se refiere a las características del TEPT, que se desencadena a partir de un evento o actual que sea traumático y puede haber reexperimentación, evitación e hiperausal. El perfil predominante disociativo es el de mayor gravedad, derivados por intento de suicidio de alta letalidad; experiencias discrepantes no integradas que pueden manifestarse como alucinaciones; regularmente hubo múltiples traumas y síntomas depresivos,

despersonalización, amnesia o trastorno disociativo. Vitroli, et al. (2017) concluyen en que los pacientes depresivos que sufren un trauma infantil, requieren una aproximación desde la depresión y el trauma de ahí derivados los perfiles propuestos, con el objetivo de orientar estrategias de tratamiento que sugieren investigar y validar, con sugerencia de intervenciones como EMDR, cognitivo conductual, y terapia narrativa para la integración del evento traumático.

2.1.7 Factores protectores

Al contrario de los de riesgo, los factores protectores hacen referencia a una circunstancia que actúa contrarrestando factores de riesgo o mitigando las consecuencias de situaciones desfavorables (Restrepo, Ñ. 2015).

Auerbach et al. (2011) menciona que “en contextos de riesgo, el apoyo social se refiere al intercambio de recursos entre personas de una red, resultando en el bienestar psicosocial”, por tanto, trabajar en establecer, fortalecer y mantener redes de apoyo es algo necesario y protector (González, Pineda y Gaxiola, 2018).

Ahora bien, teniendo que la familia es el primer contacto social que se tiene, quien va dando una estructura, un modelamiento y una “base”; esta red de apoyo entre más estrecha y fuerte sea, tendrá menos posibilidad de dejar vulnerables a sus integrantes, cumpliendo como modulador de riesgos (González, Pineda y Gaxiola, 2018).

Según Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011), el desarrollo de competencias individuales como las estrategias de afrontamiento que permiten afrontar de una mejor y más saludable manera los eventos estresantes que se presentan, puede

favorecer la adaptación y funcionalidad ante esas experiencias, considerándose un factor resiliente (González, Pineda y Gaxiola, 2018).

Por otro lado, una saludable alimentación, también es un factor protector, y esto se debe a que el estado de ánimo y la alimentación e incluso los cambios conductuales complicados pueden estar muy ligados a cambios en la flora intestinal.

Liang et al., (2018), argumenta que es común haya un desajuste en neurotransmisores implicados en el estado de ánimo y conductas alteradas en los trastornos depresivos, por tanto, habría que considerar al eje cerebro- microbiota-intestino. El intestino es fundamental para tener una adecuada salud mental porque la gran mayoría de los precursores que se utilizan para formar neurotransmisores necesarios, se sintetizan en la microbiota.

Para formar dopamina, se necesita de precursores, para formar serotonina se necesita igualmente de precursores como la tirosina y el triptófano que son producidos y absorbidos por la microbiota, de tal manera que sin ella no sería posible tener salud mental. Para el mejoramiento de un trastorno, no es posible pasar neurotransmisores, pero sí su precursor y ya ahí el cerebro lo va a utilizar para formar los neurotransmisores involucrados, es por ello que con el cambio de alimentación es posible cambiar el estado de ánimo y la salud mental, y por el contrario, la microbiota anormal, puede causar trastornos mentales.

Por último, el SIPINNA (2021), menciona con base en los factores de riesgo estudiados y mencionados anteriormente, que la empatía y el crear una red de apoyo, el diálogo, el acompañamiento y la demostración del amor, que tiene efecto en el autoestima, fungen como factores protectores ante la depresión.

Además, hay que resaltar que la psicoeducación que se lleve a cabo con los niños, adolescentes y todos en general; el que se brinde la información adecuada y en los momentos necesarios como manera preventiva antes que reparadora, será muy útil y podría evitar daños en las personas y en general en la sociedad, y además claro, en el sistema de salud que atiende las complicaciones.

2.1.8 Intervención en la depresión

Para abordar los tratamientos en el trastorno depresivo, existen algunas guías y modelos para su aplicación. Por ejemplo, la Guía de Práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, de España (2014), en la que mencionan a los modelos Escalonado y de Atención colaborativa. El modelo escalonado trata de realizar acciones dependiendo del nivel depresivo. 1) Leve: evaluación, apoyo, psicoeducación, intervención psicológica y antidepresivos. 2) Moderada: intervención psicológica, antidepresivos, tratamiento combinado. 3) Grave y/o resistente: estrategias farmacológicas, intervenciones psicológicas, tratamiento combinado y TEC (Terapia electroconvulsiva).

El modelo de atención colaborativa, utilizado en atención primaria que se basa en el *Chronic Care Model*, es para mejorar el proceso asistencial e incluye la participación de enfermeras principalmente, médicos familiares, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros, y que según un metanálisis de 37 estudios, citado en la misma guía, este modelo muestra mayor efectividad, dejando mayor satisfacción, seguimiento clínico y a la enfermera en un rol de gestoría y coordinación de atención.

También, se menciona el modelo INDI (Interventions for Depression Improvement), que similarmente da a la enfermera un papel fundamental, el de la psicoeducación. Incluye comunicación con el médico, plan de información y elaboración de herramientas de apoyo, coordinación entre pacientes y seguimiento.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (Ministerio de Sanidad, 2014), los modelos de atención escalonado han sido muy recomendados pero su evidencia de efectividad es limitada. Para la de atención colaborativa, las revisiones sistemáticas incluidas en la guía mencionada, señalan mayor eficiencia pero en combinación con la escalonada. Y por último para el INDI, evaluado en un ensayo controlado aleatorizado y comparativo, encontraron un 15% de remisión en la depresión. Por tanto sugieren la combinación de los modelos anteriores, seleccionando la modalidad dependiendo de los hallazgos clínicos, además de abordar el apoyo, contención, así como considerar la gravedad de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y un plan de cuidados.

Respecto de la intervención psicoterapéutica: cognitivo conductual, de resolución de problemas, psicodinámica, entrenamiento en habilidades sociales, Counseling, interpersonal y activación conductual, el Ministerio de Salud (2014), menciona que estas terapias, mostraron superioridad con efecto entre moderado y alto, sin grandes diferencias entre los modelos terapéuticos, versus lista de espera o placebo; y un efecto medio-moderado en depresivos persistentes con la utilización de antidepresivos y psicoterapia, no obstante, sin poder brindar conclusiones sólidas respecto a la prevención de recaídas debido a resultados diferentes. Con limitación a 6 y 12 meses para evidencia para menor riesgo de discontinuación en tratamiento combinado de terapia cognitivo conductual más antidepresivos versus

antidepresivos solos. La ingesta de fármacos, trae consigo efectos adversos e intercciones intolerantes de acuerdo a los organismos, sobre todo los de primera generación; si se preescriben los de nueva generación, habría que considerar el beneficio de manera muy puntual, ya que igualmente tienen efectos indeseados por los pacientes.

Por su parte, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz de la Ciudad de México (2021), publica la *Vía de atención integrada para la mejora de la atención de la depresión resistente al tratamiento* como parte del proyecto Mejora de la Atención de la depresión resistente al tratamiento a través del desarrollo de vías de atención integrada, cuyo proceso se divide en cinco fases: detección, evaluación diagnóstica, tratamiento farmacológico, intervención psicosocial y psicoterapéutica; seguimiento, evaluación de la intervención y Neuroestimulación (TEC) en persistentes. Los abordajes psicoterapéuticos son: terapia cognitivo conductual, psicodinámica, breve, sistémica, eriksoniana y humanista aplicados en un máximo de 15 sesiones.

Sin embargo, a la aplicación de diferentes modelos de intervención, según Prieto, Estupiña y Cano (2021), existen varios factores de riesgo asociados de las recaídas: neuroticismo, discapacidad, severidad del trastorno, abuso en la infancia, menor extroversión, autoestima, rol emocional, funcionamiento físico; antecedentes de recaída, comorbilidad, y baja adherencia a la medicación.

2.1.9 Evidencia de recaídas y recurrencia postratamiento

La Guía Salud es un organismo del Sistema Nacional de Salud de España, certificada e incluida en repositorios y bases de datos internacionales. Se creó para promocionar el desarrollo y uso de las guías de práctica clínica, adoptada como instrumento para mejorar la calidad de atención sanitaria; ofrece recomendaciones e información metodológica basada en evidencia científica para facilitar la toma de decisiones en el ejercicio de los profesionales de salud. Esta guía ofrece datos interesantes acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos en la depresión.

Partiendo del término remisión, según Vittengl, et al. (2007) se refiere a dos semanas en la que la persona se encuentra asintomática de los criterios de la depresión; la recaída como el regreso de los síntomas tras la remisión, sin haber llegado a la recuperación; y la recurrencia en la que sucede un nuevo episodio después de la recuperación (Ministerio de Sanidad, 2018).

Parte de la evidencia científica mencionada por Cox et al. (2012) en esta Guía de Salud de España (Ministerio de Sanidad, 2018), utiliza una revisión sistemática desde el 2008, 2012 y actualizada en nuevos estudios; incluyó nueve estudios con 882 participantes de siete a dieciocho años; y mismos que habían remitido en una fase aguda de un episodio depresivo con tratamiento; posteriormente aleatorizados en una intervención para prevenir recaídas o recurrencias con placebo, seguimiento a largo plazo. Dentro de los estudios revisados, está el realizado por Kennard et al. (2014) en un grupo de 144 jóvenes con remisión tras un tratamiento de seis semanas con fluoxetina, aleatorizados a un tratamiento combinado farmacológico y

terapia cognitivo conductual centrado en la prevención de recaídas, versus recibir fluoxetina durante seis meses, con evaluación a las 30, 52 y 78 semanas. Otro de los estudios realizado por Cheung, et al. (2016) igualmente con jóvenes en remisión, tratados con Citalopram por 12 semanas, fueron aleatorizados para continuar 24 semanas más con Citalopram o placebo.

Para los resultados en el estudio de la medicación versus placebo, no encontraron diferencias significativas en el grupo que recibió medicación frente a la que recibió placebo, tampoco encontraron diferencias significativas ante la presencia de conducta suicida entre esos grupos: medicación versus placebo.

En la revisión sistemática de Cox et al. (2012) no encontraron diferencias significativas para las variables analizadas entre los grupos de prevención de un siguiente episodio depresivo, conductas relacionadas con el suicidio, tiempo hasta la recaída, funcionamiento síntomas depresivos, abandono y efectos adversos (Ministerio de Salud, 2018).

Posteriormente en un par de nuevos estudios, encontraron menor riesgo de recaída y recurrencia en tratamiento combinado versus únicamente medicación.

Los resultados en el tratamiento inicial y mantenido con ISRS, a la que los sujetos respondieron de manera completa o parcial, más fase de prevención a las recaídas con toma de medicamento de seis a doce meses después del tratamiento en fase aguda, resultan más eficaz que el placebo para la prevención de un nuevo episodio; así también, mencionan que puede ser más eficaz un tratamiento farmacológico más terapia cognitivo conductual orientada específicamente a la prevención de recaídas, (especialmente recomendada en casos graves). No obstante, el riesgo de recaída puede ser alrededor del 30% durante la continuación del tratamiento, siendo

más frecuente en los pacientes que quedan con algún síntoma residual después de la fase aguda de los que presentan una remisión completa.

En su resumen de evidencia, La Guía de Salud de España, menciona que la Calidad global de la evidencia es baja, debido diseños heterogéneos en los estudios, mismo que dificulta la interpretación de resultados. Por otro lado, exponen que no se ha estudiado la preferencia que los pacientes tienen respecto a los tratamientos, sin embargo, citan que el informar sobre las recaídas tras la interrupción de la medicación, puede suponer mayor motivación al tratamiento. Así como realizar un retiro gradual del fármaco y evitando coincidir con estrés elevado, y volver a instaurar si los síntomas reaparecen (Ministerio de Sanidad, 2018).

Dentro de sus consideraciones para los profesionales se encuentra mantener la fluoxetina por seis meses más tras la remisión, psicoterapia en aquellos que hayan tenido dos o más episodios previos, síntomas residuales o factores de riesgo, lo que significaría un alto riesgo de recaída; así como el seguimiento durante dos años más, además de técnicas de autoayuda y psicoeducación.

Asimismo, en la actualización canadiense sobre la guía de depresión, y la actualización de la GLAD-PC, recomienda la primera, antidepresivos por un año o más, y la segunda de seis meses a un año más (como mínimo) después de la remisión.

“No hay estudios que hayan investigado tratamientos efectivos para prevenir la recaída/recurrencia en jóvenes que hayan respondido a un tratamiento en la fase aguda con psicoterapia ni con tratamiento combinado” (Guía de salud, 2018).

Por tanto queda incierto qué tipo de tratamiento podría ser más efectivo; ello puede deberse justamente a que los diagnósticos y tratamientos deben ser incluyentes de las esferas del ser humano y tomar en cuenta las características de la posible etiología en sus trastornos, es decir, tener en cuenta otros factores transculturales, como la cultura, el tipo de trabajo o estudio, las redes de apoyo, eventos adversos y traumáticos, y el estado de salud incluyendo la microbiota intestinal.

2.1.10 Reacciones adversas de medicamentos

"Los antidepresivos se asignan tomando como base las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales estos tienen efecto" teniendo: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que inhiben la recaptación del neurotransmisor serotonina; los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) que inhiben la acción catalizadora de la monoaminooxidasa; inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina; y Antidepresivos tricíclicos, que son administrados cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando por alguna razón no pueden ligarse a los receptores (Nava, W. y Vargas, M. 2012).

Los fármacos de primera elección para el tratamiento de la depresión según la Organización Panamericana de Salud (2010), son la Amitriptilina 25 mg y Fluoxetina 20 mg, cuyo mecanismo de acción es Inhibir selectivamente la recaptación de serotonina. Sus principales reacciones adversas medicamentosas son: Insomnio, ansiedad, temblor, tensión, disminución de la libido, letargo, somnolensia, vómito, palpitaciones, urticaria, erupción, persistencia de disfunción sexual (VADEMECUM, 2019).

Para el proceso de elección de los tratamientos, la Organización Mundial de la Salud elabora una Guía de la Buena Prescripción, la cual se trata del proceso de la elección de los tratamientos farmacológicos y la seguridad que debe existir en los mismos; para ello, primeramente se debe elaborar cuidadosamente el diagnóstico, seguido de especificar el objetivo terapéutico y cuál sería el tratamiento más eficaz y seguro entre las demás opciones. Cabe mencionar que aunque es de suma importancia desde la prescripción, brindar la información con instrucciones muy claras para la administración de los medicamentos, no siempre se hace a detalle; así mismo, se debe mantener la observación y evaluar los resultados del tratamiento para saber si ya es posible detener el uso del medicamento o reevaluar y examinar lo que se ha hecho, sobretodo si el paciente presenta efectos adversos con la ingesta de los fármacos.

2.1.11 Otras intervenciones terapéuticas

Existe evidencia científica acerca de otras intervenciones terapéuticas para el manejo de la depresión, sin embargo y aunque no son las más comunes podrían traer pronósticos favorables para el paciente, sobre todo si se trata de una depresión asociada a trauma.

a) Fitoterapia

La fitoterapia se trata de una estrategia terapéutica progresiva y personalizada en la cual la planta es utilizada en sus extractos totales, adaptados a la fisiología del cuerpo y solamente cuando el organismo no está en posibilidades de responder, es

decir cuando hay una patología. El Dr. Jean-Claude Lapraz (2017), menciona en su libro “La medicina personalizada, recuperar y conservar la salud desde una perspectiva endobiogénica”, que la planta debe ser prescrita por un practicante profesional con conocimiento cabal de las plantas y de sus propiedades, sólo después de un diagnóstico global y preciso que vaya más allá de lo puramente sintomático, además el extracto prescrito debe ir en una finalidad precisa, siempre siguiendo el objetivo de tener mejora. Uno de los casos de investigación de este tratamiento endobiogénico, comentado en el libro de Jean-Claude Lapraz (2012), relata la mejoría sumamente significativa, así como el retiro difinitivo de antidepresivos que tomaba la paciente sin éxito (Seroquel, Pristia, Prozac, Trazadone), después de la ingesta de extractos de plantas prescritos por el fitoterapeuta.

Existe investigación de mejoría en un tiempo corto de los pacientes canalizados con el médico especialista en fitoterapia, por lo cual se recomienda su uso en un amplio margen de trastornos y enfermedades.

b) Psicoeducación y familia

Las características necesarias para que una familia sea funcional son:

“Sentimiento de unión en la que hay apoyo mutuo; respeto por las diferencias individuales, fomentando el desarrollo y bienestar en cada uno de los miembros; en las parejas, respeto mutuo y reparto equitativo de autoridad y responsabilidades; autoridad y liderazgo parental, protección y socialización, y cuidado de miembros vulnerales; estabilidad, adaptabilidad, comunicación, resolución de problemas; un sistema de creencias compartido que permita la confianza y valores, y recursos

adecuados que garanticen una estabilidad económica y el apoyo psicosocial" (Walsh, 1993; Cano, et al., 2010).

Hay que mencionar que en varias ocasiones, cuando se presenta un trastorno mental, suele trastocarse y verse afectada la dinámica familiar, ya que también otros miembros pueden verse alterados en sus rutinas, en su estabilidad emocional, económica, de tiempo, social, etc. Esto depende de la capacidad de adaptación que la familia posea, de la unión que haya entre sus miembros, de la información que busque o se le proporcione, entre otras herramientas; ésto a su vez influirá directamente en el pronóstico de la persona enferma, su apego al tratamiento farmacológico si lo hubiera, al tratamiento psicológico y su transitar por la enfermedad, debido a que la motivación y el empuje hacia el desarrollo y logro de metas y objetivos está influida por el medio en que se desarrolla. La no adaptación, "acarrea problemas y dificultades que influirán en el desarrollo de la famlia" (Cano, Osorio y Cervera 2010).

Es claro que en condiciones adversas como la depresión o el intento de suicidio, traen consigo diversos factores estresantes dentro de la familia, nuevas rutinas y dinámicas pueden surgir, mismas que pueden llevar al cuidador a descuidar su propia vida y padecer los estragos de estas nuevas condiciones estresantes. Es por ello, que para el manejo de estas nuevas condiciones, debe estar inmersa la psicoeducación, en donde se pueda explicar y brindar la información adecuada para comprender, aprender, adecuar, controlar, manejar y hacer conciencia de lo que necesita para un pronóstico favorable; es imperante explicar acerca de un diagnóstico "dinámico", es decir, que la condición actual puede mejorar y hasta dónde, los alcances del cuidador y las responsabilidades compartidas. Enseñar a

identificar y hacer uso de las redes de apoyo, e incluso crear estrategias de cuidados en el cuidador para evitar caer en un síndrome bourn out. Invitar a hacer lo posible por tener tiempos de recreación, realizar ejercicio, llevar una adecuada alimentación, y cuidar sus hábitos de sueño, en conclusión llevar un estilo de vida saludable, y que a su vez influirá en la recuperación del paciente.

Así también, el desarrollo de herramientas en asertividad, expresión y manejo de emociones, cuidados del cuidador, gestión de estrés, técnicas de respiración, reducción de consumo de alcohol y cigarro, roles, deberes, límites, entre otros temas, puede brindar mejores pronósticos. La práctica de tomar conciencia y prestar atención a los patrones de conducta inadecuados y síntomas de distrés emocional, acostumbrados en la familia, facilita la labor preventiva y el cambio en el estilo de vida, con la finalidad de reducir los niveles de estrés crónico y que a su vez, ello llegué a perjudicar otros sistemas en el propio cuerpo y o que suceda efecto dominó en los miembros de la familia. Abordar temas que brinden información necesaria, oportuna y fiable de lo que es la depresión, puede concientizar y favorecer la empatía, el apoyo y reducir el estigma.

Teniendo en cuenta lo anterior, por supuesto se aspira a que en un proceso psicoeducativo se brinden las mayores herramientas para el enfrentamiento a la enfermedad, así como favorecer los procesos de adaptación a nuevas realidades.

c) Ejercicio físico y estado nutricional

Se ha demostrado que el ejercicio físico influye sobre el estado de ánimo de una manera benéfica, tiene un efecto sobre la modulación del sistema nervioso autónomo. Ello se puede explicar por el aumento de los niveles de

neurotransmisores como la norepinefrina, serotonina y dopamina, mismos que se relacionan con la mejora del estado de ánimo, así como la estimulación de la glándula pituitaria para la producción de endorfinas, lo cual produce una sensación de bienestar (Herrera, 2008; Bonet, J., Parrado, E y Capdevila, L., 2017). En el campo práctico, se ha podido observar una disminución en el nivel de depresión con el ejercicio físico, lo cual se debe a un incremento del riego sanguíneo cerebral, de la temperatura corporal y efectos tranquilizadores que tienen un alto grado de sinergia que puede atribuirse a un nivel más elevado de beta-endorfinas. El tipo de ejercicio puede ser el que sea más atractivo para el paciente, tratando así, de empujar a esa persona a un estilo de vida activo y saludable y que además, si se realiza en grupo, tendrá un mayor impacto de tendencia benéfica y provechosa, sin embargo hay que mencionar que también se requiere de un adecuado sistema de alimentación.

Rodríguez, A. y Solano, M. (2008), identifican de acuerdo a reportes paleontológicos sobre la evolución del hombre, que “el estado nutricional juega un papel importante en la salud mental, y una mala nutrición puede contribuir a la patogénesis de la depresión”, refiriéndose a una asociación entre depresión y ácidos grasos esenciales y nivel de ácido fólico, los cuales tienen una fuerte interrelación y resaltan que podrían emplearse efectivamente para aumentar la eficacia en el tratamiento de la depresión. La deficiencia severa de vitamina B12 causa pérdida de memoria, disfunción mental y depresión; la deficiencia de folatos puede originar fatiga, demencia, irritabilidad y confusión, además necesarios para el funcionaiento normal. Igualmente citan que estudios recientes han mostrado que “El estado nutricional del individuo puede parcialmente influir sobre la respuesta al tratamiento.

La medicación puede ser incapaz de actuar sobre un cerebro malnutrido" (Rodríguez y Solano, 2008).

Es necesario incluir: Ácidos grasos esenciales (EFA), Folato y vitamina B12, Antioxidantes como vitamina C o ácido ascórbico que previenen el estrés oxidativo y del desorden del ánimo. Así también, incluir el Selenio, ya que su deficiencia se reporta en personas con síntomas de depresión y hostilidad.

Por su parte, el Hierro es necesario para la síntesis, función y degradación de dopamina, serotonina y noradrenalinas su deficiencia puede asociarse con fatiga, incapacidad para concentrarse, apatía e irritabilidad. El Zinc, esencial para la estructura y función de proteínas sináptica, estructuras y regulación, por lo que su deficiencia puede causar inmunosupresión, frecuente en depresión. Por último reconocen que el mejoramiento de las bases nutricionales cerebrales pueden mejorar también la eficacia terapéutica anti depresivas así como de otros psicotrópicos y que por tanto los aspectos nutricionales deberían tomarse en cuenta en los tratamientos (Rodríguez y Solano, 2008).

d) Eye Movement Desensibilization and Reprocessing

La Terapia EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing), es un abordaje terapéutico. Desarrollado por la doctora Francine Shapiro desde 1989, EMDR, es un enfoque integrador, centrado en el paciente, que se encarga de tratar los problemas con génesis en memorias que sean perturbadoras, adversas o traumáticas y que son no adaptativas en la cotidianidad (Marín, et al., 2016; Laliotis, et al. 2021). Está basado en el Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA), cuya hipótesis es que las dificultades o problemas

actuales y desadaptativos son causados por recuerdos perturbadores que han sido procesados inadecuadamente, y que los síntomas presentados debido a estas dificultades, se reducen e incluso se pueden eliminar cuando se reprocesan, al utilizar una estimulación bilateral con atención dual. Para ello, se deberá elegir blancos o dianas, que se refieren a un evento clave, que al trabajar dejará como consecuencia la reconsolidación de la memoria de manera adaptativa (Jarero, 2016).

La terapia EMDR, se basa en tres vertientes (pasado, presente y futuro), trabaja con las experiencias que subyacen al problema, detonadores actuales que pueden provocar perturbación y respuestas desadaptativas, así como con los escenarios futuros que requieren respuestas adaptativas. El protocolo estandar que utiliza se compone de ocho fases que en conclusión dejarán como consecuencia la reconsolidación de la memoria de manera adaptativa (Shapiro, 2001).

Tabla 3. Fases del protocolo en Terapia EMDR

Fase	**Objetivo**
1. Historia clínica y plan de tratamiento	Entrevista y evaluación de síntomas.
2. Preparación	Establecer la alianza terapéutica, planear el desarrollo y entrenamiento de herramientas, brindar psicoeducación.
3. Valoración	Identificación de blancos, creencias negativas, y positivas.
4. Desensibilización	Disminuir la perturbación asociada a las memorias traumáticas.
5. Instalación	Instalación de creencias positivas que sustituyen a las negativas.
6.Exploración corporal	Revisar si hay algún tipo de molestia corporal o emocional residual.
7. Cierre	Aplicar estrategias de control aprendidas en fase 2.
8. Reevaluación	Planear nuevos objetivos.

Fuente: Adaptado de Gil, L. (2008). Desensibiliazación y Reprocesamiento con movimientos oculares.

Para explicar el mecanismo de acción de esta terapia, hay tres hipótesis principales, organizadas desde los resultados de 87 ensayos clínicos randomizados por Landin, Moreno, Pagani y Amann (2018).

1. Modelos psicológicos. La premisa es que la memoria de trabajo puede funcionar con una cantidad concreta de información; en EMDR hay una atención dual que supone un esfuerzo importante, debido a que a la hora de un reprocesamiento, se atiende a la imagen perturbadora que ha generado el trauma, así como a la sensación, emoción, sentimiento y creencia propia que se derivan de ésta, a la vez que se sigue la estimulación bilateral ocular, ocasionando una saturación de la memoria de trabajo y por tanto se reste atención al evento traumático que provoca un desbloqueo en el funcionamiento de la memoria tal como se aprendió en el trauma, dejando fluir con los MO (movimientos oculares) la información de ese recuerdo.

2. Modelos psicofisiológicos. Los movimientos oculares y la tarea atencional dual promueven cambios psicofisiológicos que activan el sistema nervioso parasimpático y favoreciendo con ella una reducción del arousal, con lo que el cuerpo empieza a calmar. Esos MO provocan cambios fisiológicos similares a los que se producen durante la fase del sueño REM, en donde da lugar la integración de la memoria episódica a la semántica mientras están los movimientos oculares del sueño, permitiendo así la integración de las memorias traumátics.

3. Modelos neurobiológicos. A través de los MO, es activado el reflejo de orientación, y dado que al estar observando la imagen traumática al mismo tiempo, ésta es desatendida, bajando así la perturbación, como si hubiera un desbloqueo de esa memoria que genera malestar (Landin, et al., 2018).

En la reexperimentación de una memoria traumática, hay una mayor activación de la amígdala y una menor de la corteza prefrontal, lo que se puede traducir como una hiperactivación emocional, al respecto, Pagani, et al. (2012, 2015), descubrieron a través de estudios de neuroimagen, que hay una normalización de la hiperactivación mencionada, después de una sesión de reprocesamiento.

Además por su parte Lee & Cuijpers (2013), realizaron un meta-análisis en el cual consiguieron evidencia empírica que demuestra el ingrediente activo y efectivo que tienen los movimientos oculares en la terpaia EMDR, a comparación con la estimulación táctil, seguida de la auditiva (Thonveld, et al., 2010), en donde cabe mencionar que la efectividad también será mayor si el profesional está adecuadamente entrenado en este abordaje psicoterapéutico (Maxfield, & Hyer, 2002).

Este abordaje ha sido bastante estudiado, dejando evidencia empírica de su efectividad en el trabajo de trauma. Una variedad Guías internacionales recomiendan su aplicación para el tratamiento en trastorno de estrés postraumático y otros trastornos.

Tabla 4. Algunas Guías Internacionales que incluyen a la Terpaia EMDR como recomendación en los de tratamientos para TEPT

Organismo	Recomendación	Año
La National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido.	Máxima recomendación para tratamiento de TEPT para adultos. Pruebas limitadas para tratamiento en niños tras 3 meses del trauma.	2018
Australian Psychological Society (2019).	La APS incluye la terapia EMDR como una intervención Nivel 1 en tratamiento para TEPT en adultos y Nivel 2 para niños.	2018

American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults.	Utilización de EMDR en nivel 2, es decir, condicional debido a que varios estudios no fueron incluidos, no obstante, señala que “seguramente eso cambiará en unos años” (APA, 2017).	2017
International Sociey For Traumatic Stress Studies (ISTSS)	Recomendación fuerte para prevención y tratamiento de TEPT con protocolo estandar EMDR.	2016
Organización Mundial de la Salud. Directrices para el tratamiento de las enfermedades que están específicamente relacionados con el estrés. Ginebra, OMS.	Recomendada para la atención de salud mental tras los eventos traumáticos.	2013

Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, existen diversos estudios que afirman la eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento por estrés postraumático así como para otro tipo de trastornos como depresión, esquizofrenia, dolor crónico y otros. Amann, et al. (2019), recopilan información a partir de diversos estudios randomizados, meta-análisis y revisiones sistemáticas hasta 2018, encontrando basta evidencia científica acerca de la terapia EMDR, en la cual se puede resumir que esta terapia se encontró con superioridad en algunos estudios, y con igualdad en otros en el tratamiento de estrés postraumático con: TCC, TCC focalizada en el trauma, terapia de exposición o la narrativa.

Tabla 5.Evidencia científica de la eficacia de EMDR

ESTUDIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS CONTROLADOS	
25 en población adulta	Acarturk et al., 2016; Arabia, Manca, & Solomon, 2011; Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L, & Muraoka, 1998; Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Högberg et al., 2007; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Jarero, Uribe, Artigas, & Givaudan, 2015; Jarero, Artigas, & Luber, 2011; C. Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis, & Sakai, 2004, 1997; Nijdam et al., 2018; Nijdam, Gersons, Reitsma, De Jongh, & Olff, 2012; Power et al., 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Sack et al., 2016; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998; E. Shapiro & Laub, 2015; F. Shapiro, 1989; Taylor et al., 2003; Ter Heide, Mooren, Van De Schoot, De Jongh, & Kleber, 2016; Van Der Kolk et al., 2007; Vaughan et al., 1994; Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, 1995. (citados por Amman, et al., 2019).
9 en población infantojuvenil	Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002; de Roos et al., 2011, 2017; Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino, & Lindauer, 2015; Fernandez, Abbasnejad, Mahani, & Zamyad, 2007; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004; Kemp, Drummond, & McDermott, 2010; Soberman, Greenwald, & David, 2002. (citados por Amman, et al., 2019).
7 en otras patologías psiquiátricas comórbidas	Behnammoghadam, Alamdari, Behnammoghadam, & Darban, 2015; Gerhardt et al., 2016; Hase et al., 2015, 2018; Hase, Schallmayer, & Sack, 2008; Novo et al., 2014; Perez-Dandieu & Tapia, 2014; Wanders, Serra, & de Jongh, 2008) (ver tabla 2). En esta línea, una revisión sistemática publicada recientemente en la revista *Frontiers in Psychology* recoge gran parte de estos estudios avalando la eficacia y seguridad de EMDR en estas condiciones clínicas (Valiente-Gómez et al., 2017. (citados por Amman, et al., 2019).
	REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS
10 revisiones sistemáticas	Bisson, 2007; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013; Forman-Hoffman et al., 2018; Gillies et al., 2016; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2012; Jonas et al., 2013; Pilz, Hartleb, Konrad, Reininghaus, & Unterrainer, 2017; Purgato et al., 2018; Sin, Spain, Furuta, Murrells, & Norman, 2017; Valiente-Gómez et al., 2017. (citados por Amman, et al., 2019).

20 meta-análisis	Bandelow et al., 2015; Benish, Imel, & Wampold, 2008; Bisson et al., 2007; Boccia, Piccardi, Cordellieri, Guariglia, & Giannini, 2015; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & D, 2005; Brown et al., 2017; L. Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015; Y. R. Chen et al., 2014; Cusack et al., 2016; Davidson & Parker, 2001; Ehring et al., 2014; Haagen, Smid, Knipscheer, & Kleber, 2015; Khan et al., 2018; C. W. Lee & Cuijpers, 2013; Moreno-alcázar et al., 2017; Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer, & Stams, 2009; Seidler GE & Wagner FE, 2006; Thompson, Vidgen, & Roberts, 2018; Van Etten & Taylor, 1998; Watts et al., 2013. (citados por Amman, et al., 2019).
	EVIDENCIA EN TRASTORNOS DEPRESIVOS
Trastorno depresivo; postinfarto de miocardio; trastorno depresivo unipolar; TEPT más síntomas depresivos y ansiosos; Autoestima y problemas conductuales. Abuso sexual.	Hase et al., (2018); Behnammoghadam et al., (2015); Hase et al., (2015); Acarturk et al., (2016); Arabia et al., (2011); Wanders et al., (2008); Ehring et al., (2014). (citados por Amman, et al., 2019).

Fuente: Amann, B.; Valiente, A.; Moreno, A.; Santed, M.; & González, A. (2019). Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR. Barcelona.

Estudios de Hogg, et al. (2022), muestran evidencia del trauma como un factor transdiagnóstico en una diversidad de trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, en psicosis, trastorno bipolar, trastornos depresivos, en obsesivo compulsivo y otros; igualemente consiguen evidencia de una asociación entre trauma infantil y cualquier trastorno mental, obteniendo al abuso físico y sexual, y eventros traumáticos tempranos como los más frecuentes dentro del tipo de trauma. Debido a lo anterior, podría decirse que factores como el trauma, la baja autoestima o la tendencia ansiosa, son de carácter transdiagnóstico y pueden presentarse en diversos trastornos como la depresión (Affifi, et al. 2012).

Ante las intervienenciones actuales, los pacientes pueden no experimentar una remisión completa en un 30% después del tratamiento y experimentar episodios recurrentes en un 75% según el estudio de Alltmeyer, et al., (2022), en el que hubo mejoría después de aplicar EMDR, tanto en remisión (55%) como en prevención episodios recurrentes con seguimiento a doce meses, sólo el 26% informó de una recaída.

Así mismo, los fármacos administrados en los tratamientos requieren de un diagnóstico preciso, y evitar medicar en la vida cotidiana.

Debido a lo anterior, se identifica la necesidad requerida en el diseño e implementación de nuevos modelos de tratamiento, que contemplen nuevos paradigmas que intervengan ante la depresión.

La terapia EMDR, que ha demostrado ser efectiva en un corto tiempo, y puede emplearse no sólo para estrés postraumático, sino también en los trastornos depresivos (Reátegui, et al., 2022), que como ha mencionado la literatura, muchas veces vienen acompañados de trauma, creencias negativas propias, y baja autoestima. La fitoterapia, es una opción que cuenta con evidencia científica que puede en un primer plano cumplir la función en vez de los medicamentos; el ejercico y sus bondades, es parte esencial de un tratamiento integral, así como la importante psicoeducación que ayudará en muchos de las necesidades requeridas para el afrontamiento de esta enfermedad.

2.2 Marco Conceptual

A continuación, se mencionan los conceptos y definiciones clave para entendimiento del problema**.**

Ansiedad. Según la RAE, tiene su raíz etimológica del latín anxietas, haciendo referencia a que es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y puede ser capaz de activar también una respuesta fisiológica. La ansiedad se considera como "una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes", cuando deja de ser adaptativa, causa malestares y síntomas, tornándose patológica (Fernández, et al., 2012). Basados en la disfunción de circuitos neuronales, en la ansiedad se observa una alteración en el procesamiento de las amenazas; una hiperactivación de la amígdala y una hipoactivación de la circonvolución del cíngulo anterior. Su variabilidad genética ronda de 30 a 50% (Delgado, et al., 2021). Cabe mencionar que la ansiedad, los problemas de insomnio y la ideación suicida, son factores de riesgo considerables para la depresión, según un análisis de red que exploró los factores de riesgo de la depresión, en una población de 567 adultos peruanos.

Antidepresivo. Esta es una tercera clasificación dentro de los psicofármacos. Los antidepresivos (timolépticos o energizantes psíquicos) se dividen en cuatro: Los inhibidores de la MAO; las Dibenzoacepinas o antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos; Inhibidores recaptación de serotonina: fluoxetina; y las Sales de Litio (Malgor y Valsecia, 2000). Los antidepresivos cumplen un papel importante en la fisiopatología del síndrome depresivo en episodios leves, moderados o graves.

(Morón, F. y Levy, M., 2002). Este grupo de fármacos, producen un incremento de neurotransmisores, en especial de serotonina y de noradrenalina en el espacio intersináptico, ajustando en un tiempo corto a una regulación de receptores postsinápticos de los mismos (Bravo y López, 2018).

Autoconcepto. Es un "componente cognitivo de la percepción del sí mismo, descripción subjetiva u objetiva, pero nunca valorativa que tiene la persona de sí misma" (Cazalla y Molero, 2013; Serra, 2020).

Autoestima. "Componente afectivo o evaluativo qué supondría aprecio de la persona por sí misma" (Watkins y Dhawan, 1989; Serra, 2020). Para William James (1989), la autoestima es definida como "un balance de logros, aspiraciones e ideales"; tiene que ver con la autoevaluación y autoconcepción (Ceballos, 2017); ésta puede tener los sinónimos de autoaceptación, autoaprobación, autoconcepto, autoeficacia, autoimagen, autorrespeto o autovaloración (Butler y Gasson, 2005; Montgomery y Goldbach, 2010; Polaino-Lorente, 2000; Ceballos, et al., 2017).

Rosenberg (1965; Jurado, 2017) la definió como "un fenómeno enterpersonal derivado de la percepción de sí mismo y los ideales sociales y culturales", en la cual, la menor discrepancia entre estos ideales dejará una mayor autoestima, y por el contrario, entre mayor sea la diferencia, menor habrá.

Actualmente, ante los estereotipos presentes en nuestra sociedad y la incompatibilidad con los niveles socioeconómicos, la divergencia es amplia. Existen diversos "modelos" de felicidad al alcance de las redes sociales, mismos que entre más mirados y validados, también son perseguidos, sin embargo, el encontrarse con la brecha entre esos modelos y la realidad, puede dejar la interpretación de

menor valía, insuficiencia, con un sentimiento posiblemente negativo hacia uno mismo, afectando la autoestima.

Comorbilidad. Se refiere a la presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo.

Derechos humanos. "Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes" (CNDH, México, 2022).

Depresión. Trastorno que se caracteriza por tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, sentimiento de culpa, pérdida de autoestima e interés en las cosas que antes se disfrutaban, cansancio, dificultad de concentración, falta de esperanza, alteraciones en el sueño o apetito, y posibles pensamientos de suicidio; puede ser el resultado de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede detonarse debido a eventos adversos o traumáticos (OMS, 2021).

Diagnóstico psicológico. Informe que resulta del análisis e interpretación de los datos obtenidos en las distintas medidas de evaluación que se aplican a una persona o grupo, con el objetivo de detectar los síntomas que interfieren en su adaptación o que podrían desencadenar algún tipo de alteración, detectar disfunciones mentales, conocer el perfil de habilidades, aptitudes o personalidad (Ley de Salud Mental, 2011).

Distimia. Trastorno depresivo persistente con duración mínima de 2 años (APA, 2014).

Duelo. Proceso que se da como una respuesta adaptativa normal tras una pérdida. En esta reacción emocional y del comportamiento suele haber aflicción y el tiempo puede variar entre los individuos, sin embargo, cuando sobrepasa los 12 meses, es prosible hablar de un duelo patológico, en el cual la persona necesitará ayuda para elaborar este proceso (Meza, et al., 2008).

EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular). La Terapia EMDR, también llamada TRT-Terapia de Reprocesamiento del Trauma, es un abordaje psicoterapéutico para el trabajar el trauma a través de la desensibilización y reprocesamiento del mismo.

Emoción. Según Piqueras, Ramos, Martínez, y Oblitas (2009), las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual expresiva).

Evaluación psicológica. Conjunto de exámenes mentales que realiza el psicólogo, para estudiar el comportamiento humano en su interacción recíproca con el ambiente físico y social para describir, clasificar, predecir y explicar su comportamiento e identificar las variables que conforman la estructura intelectual, emocional, conductual, perceptual, sensorial, familiar, psicoeducativa y neuropsicológica (Ley de Salud Mental, 2011).

Factor y factor de riesgo. “Este concepto implica la existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado” (Cova, F. 2004), esa consecuencia es negativa para la persona si se trata de un factor de riesgo.

Factores protectores. Los factores protectores, hacen referencia a una circunstancia que actúa contrarrestando factores de riesgo o mitigando las consecuencias de situaciones desfavorables” (Restrepo, Ñ. 2015).

Fitoterapia. Estrategia terapéutica progresiva y personalizada en la cual la planta es utilizada en sus extractos totales, adaptados a la fisiología del cuerpo (Lapraz, 2017).

Hostilidad. Regularmente incluye sentimientos de cólera; lleva la connotación de un conjunto de actitudes complejas, las cuales motivan conductas agresivas dirigidas hacia la destrucción de objetos o de daño físico hacia otras personas (Spielberger 1983; Moscoso, 2008).

Ideación suicida. Se refiere al pensamiento de autodañarse con el objetivo de terminar con la propia vida (IMSS, 2015).

Prevención. Cita la Secretaría de Salud (2009) que la prevención es el “conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales”.

Salud Mental. La Organización Mundial de la Salud, menciona que la salud mental es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 2001; Ley General de Salud México, 2014).

Trastorno. Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (OMS, 2019).

Trauma. Se refiere a la consecuencia que se da después de la exposición a un evento estresante que rebasa los mecanismos de afrontamiento; esa memoria no se logra integrar como una experiencia narrativa neutra sino que se queda fragmentada fuera de la consciencia, reflejada en percepciones visuales, rasgos somáticos y una reactuación conductual. Hay una respuesta lucha-huida mantenida, una hiper activación de la amígdala cerebral, un exceso de cortisol que provoca que el hipocampo "núcleo del sistema límbico implicado en la simbolización de las experiencias y la codificación de las mismas en una perspectiva espacio-temporal", no integre la memoria del evento estresante como una narrativa sino que se queda atemporal y sin procesar, por tanto puede ser reexperimentada una y otra vez, puesto que está en un "formato de memoria implícita, somato- sensorial" (Pierre, J., 1894, 1919; Salvador, 2009). Se presenta una sobre reactividad de la amígdala, provocada por el proceso consciente o inconsciente de estímulos percibidos como amenazantes.

Psicoeducación. Orientación y guía a través de la cual se brinda información a los familiares del paciente acerca de su padecimiento (IMSS, 2015).

Psicofarmacoterapia. Tratamiento médico psiquiátrico dirigido a determinado trastorno mental (Ley de Salud Mental, 2011).

Psicoterapia. Conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el psicólogo con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o

psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida (Ley de Salud Mental, 2011).

Reacción adversa a medicamentos (RAM). Significa una respuesta nociva pero no intencionada ante la administración de un medicamento, la cual constituye una causa de morbimortalidad que además implica un coste sanitario (Pujol, 2019).

Recaída. Se distingue por el empeoramiento que un paciente tiene, durante un tratamiento, que puede ocurrir antes de la recuperación (IMSS, 2015).

2.3 Marco Legal

Para promover, proteger y dar cumplimiento a los derechos humanos de las personas que acuden a Centro PsicoAlianza y que forman parte de la muestra de estudio, se mencionan a continuación los instrumentos para tal efecto.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en los términos establecidos en los artículos 1o. y 4o., busca garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de sus derechos humanos, entre otros. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, que adicionó que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Marco Normativo CNDH

Normas Oficiales Mexicanas

046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Ley General de Salud (LGS, 1984)

En México la regulación de la atención de las personas con trastornos mentales tiene su referencia desde el artículo 4 constitucional, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Articulos 2o y 3o, fracción I, que "dispone que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades" (Ley General de Salud, 2014).

Artículo 31. Todo tratamiento e internamiento a pacientes con trastornos mentales y adicciones deberá administrarse previo consentimiento informado, salvo en las excepciones previstas de procedimientos involuntarios u obligatorios.

El paciente es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, por lo que deberá presumirse que todos los pacientes tienen capacidad de discernir y deberán agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios.

Artículo 32. Para hacer valido el consentimiento informado se deberá satisfacer los criterios.

Artículo 33. El consentimiento informado sustitutorio solo se podrá otorgar cuando el paciente carezca de capacidad necesaria de discernir para otorgarlo o el paciente se encuentre en el supuesto de incapacidad legal. En el caso anterior, se deberá recabar la mayor evidencia posible para la determinación de falta de discernimiento en el paciente. Podrán otorgar el consentimiento informado sustitutorio el familiar,

responsable legal o tutor del paciente, con apego a las disposiciones sanitarias y civiles aplicables. Así como la autoridad sanitaria o judicial. El paciente cuando mejore sus condiciones podrá apelar el tratamiento o internamiento involuntario otorgado de forma sustitutoria.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal

Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de febrero de 2011. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre de 2014. ∫

Artículo 2°. La salud mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad. (adicionado, G.O.D.f. 11 de septiembre de 2014).

Artículo 2 Bis. Emoción es una reacción psicofisiológica que representa modos de adaptación a ciertos estímulos que son relevantes para el individuo, esto es: un sentimiento que se puede manifestar con cambios físicos, como la expresión de la cara, aumento de la frecuencia cardiaca y otros regulados por el sistema nervioso autónomo, y la salud emocional se refiere al equilibrio entre los sentimientos y sus repercusiones físicas.

Artículo 3°. Toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquiera otro, tienen derecho a la salud mental.

Artículo 4°. El núcleo familiar desempeña una función esencial en el desarrollo de las potencialidades de las personas con trastornos mentales, para ello deberá:

I. Proporcionar apoyo, cuidados, educación, protección a la salud, alimentación suficiente y adecuada;

II. Respetar los principios de autonomía individual, independencia, igualdad, no discriminación, y todos aquellos que garanticen la igualdad en el ejercicio de sus derechos;

III. Recibir apoyo por parte del Gobierno del Distrito Federal, para el desarrollo de actividades que promuevan la integración y el desarrollo de sus integrantes;

IV. Recibir capacitación y orientación por parte de las instituciones públicas, sociales y privadas, y

V. Participar en actividades culturales, recreativas, deportivas y de esparcimiento, que contribuyan al desarrollo integral de las personas con algún trastorno mental.

Corresponde a la Secretaría, proporcionar a las personas que integren el núcleo familiar, debida asistencia, asesoría, orientación, capacitación y adiestramiento necesario para enfrentar dicha enfermedad.

Artículo 6. Además de los derechos a que se refiere el artículo 10 de la Ley de Salud, a las disposiciones legales de los Tratados y Convenios internacionales, las personas usuarias de los servicios de salud mental, tendrán derecho:

I. (reformada, G.O.D.F. 23 de septiembre de 2014)
Al acceso oportuno, a una atención integral y adecuada por los servicios de salud Mental.

II. (reformada, G.O.D.F. 23 de septiembre de 2014) A recibir información clara, veraz, oportuna y completa, para la toma de decisiones relacionadas con su atención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico;

V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;

VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz. Lo anterior es aplicable a toda la población, incluida aquella que se encuentra en unidades médicas de reclusorios y comunidades para adolescentes, así como a grupos vulnerables;

XI. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

XVII. A recibir un trato digno y con respeto a sus derechos humanos, por parte de sus familiares y a que estos le proporcionen alimentos y cuidados necesarios para su rehabilitación integral.

Artículo 7°. El profesional de salud mental tiene la obligación de estar debidamente acreditado para ejercer sus funciones, lo que incluye al menos, tener a la vista Cédula Profesional, Título Profesional y en su caso, certificados de especialización expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, con la finalidad de que el usuario corrobore que es un especialista en la materia de salud mental.

Artículo 11. Todo prestador de servicios de salud mental de los sectores público, social y privado, en caso de que observe algún tipo de lesión, discriminación,

maltrato o cualquier otro signo que presuma la comisión de un delito en la persona que tenga algún trastorno mental, deberá de dar aviso inmediato al Ministerio Público correspondiente.

Artículo 18. La promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y fomento en materia de salud mental tiene carácter prioritario y se basará en el conocimiento de las causas de las alteraciones de la conducta.

Artículo 24. La evaluación y el diagnóstico psicológico, deberán realizarse por psicólogos certificados en instituciones públicas y privadas que realicen dicha actividad, para lo cual deberán cumplir con lineamientos y estándares emitidos por organismos internacionales y nacionales en materia de salud mental, así como la Ley General de Salud y las Normas Oficiales respectivas.

Artículo 25. El Psicoterapeuta, debe ser psicólogo con cédula profesional y con estudios de postgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial.

Artículo 27. Para el ejercicio de la psicoterapia se requiere un espacio físico, virtual o telefónico, garantizando los aspectos de confidencialidad, privacidad, aislamiento y sin contaminación, adecuadamente ventilada e iluminada.

Artículo 29. El psicólogo deberá diseñar materiales y programas, así como aplicar procedimientos y técnicas apropiadas para cada condición, con el objetivo de que la persona usuaria logre recuperar su conducta y comportamiento deteriorados. La rehabilitación debe prever la conservación y preservación de la integridad del usuario en salud mental.

Artículo 30. Cuando el caso lo requiera, la persona usuaria será canalizada a la Institución de Segundo o Tercer Nivel que le corresponda.

Artículo 32. El psicólogo, debe proporcionar información clara y precisa, a la persona usuaria y a sus familiares respecto al tratamiento que se pretenda emplear a las personas, el cual no podrá iniciarse sin antes haber sido exhaustivos en proporcionar la información al respecto así como haber sido aceptadas las responsabilidades y compromisos que implican la aplicación del tratamiento.

Artículo 33. Con la finalidad de dar seguimiento a las personas usuarias de los servicios de salud mental, se deberá concertar citas subsecuentes de acuerdo a las necesidades del caso y posibilidades del paciente y, cuando el caso lo amerite, se realizará visita domiciliaria. Se pondrá especial atención a la recuperación de pacientes con baja adherencia terapéutica.

Artículo 45. La formación profesional en materia de prevención, requiere de la capacitación de los profesionistas en psicología en los métodos para la elaboración de programas preventivos y actualizados en las diferentes campañas y programas gubernamentales internacionales, nacionales y regionales vinculados con la salud mental.

Artículo 49. Sólo puede recurrirse al internamiento de una persona usuaria, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales acreditados por la Secretaría. El Reglamento señalará las características para este procedimiento.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012: Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012: Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012: Para la atención integral a personas con discapacidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015: Estabilidad de Fármacos y Medicamentos, así como de Remedios Herbolarios. mencionando esto, con referente a la presente propuesta del uso de la Fitoterapia.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Línea de investigación

Línea de investigación: Salud Mental y Desarrollo Biopsicosocial

Sublínea: Prevención de los Trastornos Mentales

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la salud mental es un "estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", más adelante, integra que es "un estado en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y aportar algo a su comunidad" (OMS, 2022); en su estado influyen el estilo de vida, el estrés, las dificultades socioeconómicas, la violencia, el bajo nivel educativo, los factores de personalidad, factores psiológicos, genéticos, desequilibrios bioquímicos cerebrales y por supuesto el ambiente en el que se desarrollan las personas, que en conjunto provocan una mayor o menor vulnerabilidad a adquirir un trastorno mental.

De acuerdo con Cabanyes y Monge (2017), existe la interacción multidireccional de tres condicionantes que la afectan: neurobiología, personalidad y factores ambientales. Una interacción vulnerada afecta la salud y genera la presencia de trastornos mentales, los cuales se manifiestan en el comportamiento, las emociones y procesos cognitivos (INCyTU,2018), como en el caso de la depresión, cuyo trastorno puede tener como detonadores el estrés continuado y mantenido, como lo sucedido en la población en general durante la pandemia de COVID-19, aumentando la prevalencia de en ansiedad y depresión en un 25% (OPS, 2022).

Factores estresantes como la sobredemanda y la consecuente carga laboral

durante la emergencia sanitaria, pusieron al límite las capacidades del personal de salud, mismo que reportó niveles elevados de estrés psicológico, depresión, miedo, frustración y amenazas a la seguridad de sus familias, lo cual después llevó a la ansiedad, mismo que representó una asociación, dado que, en un estudio hecho por Osorio, et al. (2022), observaron la presencia de ansiedad y mayor puntaje en depresión y estrés; y a la presencia de estrés, mayor puntaje en depresión y ansiedad. Haber estado ante una potencial amenaza de muerte como lo suponía el SARS CoV 2, incrementó el peso de varios factores como por ejemplo la enfermedad y sus complicaciones, el desempleo, la incertidumbre, el aislamiento, el miedo, entre otros, que en conjunto causaron alteraciones fisiológicas y emocionales importantes.

Un factor de estrés puede poner en marcha los sistemas fisiológicos presentes en la respuesta lucha-huida, que se activan para mantener al máximo la fuerza, la velocidad y la resistencia ante la percepción de una amenaza (O´Hanlon, s.f), la primera etapa de esta respuesta natural es la liberación de hormonas que preparan al cuerpo para luchar o huir. “El sistema nervioso simpático estimula las glándulas suprarrenales desencadenando la liberación de catecolaminas, que incluyen adrenalina y noradrenalina; esto resulta en un aumento en la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria” (citado por Gans, 2019).

Esta respuesta puede encenderse ante una amenaza real, un estímulo estresante o incluso ante un evento adverso y/o traumático que activa la misma respuesta fisiológica de sobrevivencia a lo que se le presta basta atención.

Metafóricamente hablando, la atención puesta en estos eventos adversos es como ir en un auto. Al subir, se tiene un campo visual de 180° aproximadamente, después,

al acelerar, ese campo se va reduciendo. Al ir por ejemplo a 180 km por hora, el campo visual es ya muy reducido, ya que se fija la mirada al frente y por supuesto, no es que desaparezca lo demás, sino que se pone mayor atención a eso de lo que "depende" la vida, es decir, siguiendo con la metáfora, vista al frente y manos al volante. La presencia de estímulos adversos, se refleja en una monotemática, el cerebro se hace más selectivo y le pone mayor atención a ello que le es difícil manejar o adaptarse en ese momento, ya que es considerado como un peligro. Ahora bien, cuando no se cuenta con las habilidades necesarias para afrontar problemas adversos, pueden venir cogniciones negativas acerca de sí mismo, lo cual puede debilitar la autoestima. En los trastornos depresivos se ven trastocados los afectos y parte de ello puede tener cabida en el sistema de creencias, la autovaloración y percepción de capacidades para afrontar las situaciones que a su vez pueden estar llevadas al límite cuando se presentan diversos estímulos estresantes.

La vida cotidiana puede contar con diversos estímulos estresantes, adversos, peligrosos, violentos y amenazantes, que toda vez que una persona carezca de herramientas y habilidades de afrontamiento, y además se agreguen otros factores de riesgo, pueden dar lugar a mayor estrés, ansiedad y depresión.

Es imperante poner atención justamente a temas que competen a la prevención y a tratamientos eficaces; debido a ello, en la presente investigación, se hace referencia a la salud mental y el desarrollo biopsicosocial para analizar la efectividad del modelo de intervención propuesto, esperando disminuir el grado de depresión y ansiedad, que a su vez impactaría de manera positiva en la salud mental del individuo y mejorando su autoestima, a efecto de brindar una alternativa de solución

a las personas que acuden a terapia. Por lo tanto, la línea de investigación abordada en este estudio, de las brindadas por la institución, es la 2, la cual está orientada a la Salud Mental y Desarrollo Biopsicosocial, en la sublínea 2.2: Prevención de los Trastornos Mentales, tomando como base una intervención efectiva y oportuna, que reducirá la presencia de alteraciones mentales en las personas. Por tal motivo, este estudio tiene cabida en el diagnóstico y tratamiento dentro del primer nivel de atención.

3.2 Metodología utilizada

La metodología aplicada en la presente investigación será de carácter mixto: cuantitativo y cualitativo. De acuerdo con Hernández, Fernández y Batista (2003), este tipo de investigación busca recolectar y analizar datos para contestar preguntas de investigación, así como, probar hipótesis previamente establecidas; confiando en la medición numérica, en el conteo y en el uso de la estadística descriptiva para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

Por otro lado, se busca comprender y conocer la realidad desde la visión de sus protagonistas, permitiendo fundamentar una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de las personas (Hernández, Fernández y Batista, 2003), es decir, conocer las experiencias de los sujetos de estudio para la construcción de conocimiento.

Este tipo de enfoque brindará la posibilidad de indagar a profundidad el fenómeno de estudio a efectos de cumplir los objetivos. La investigación ha sido diseñada para seguir un orden lógico alineado al objetivo general y los objetivos específicos, apegándose a la metodología de la investigación.

El tipo de estudio desarrollado en la investigación es descriptivo. Para Hernández, Fernández y Batista (2003), su objetivo es “especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Se busca medir, evaluar o recolectar datos sobre variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno que se investiga.

3.3 Diseño metodológico

Para Cabrero y Richart (2002), el diseño de la investigación constituye el plan general para obtener respuestas a las interrogantes o comprobar hipótesis formuladas. Bajo esta postura, el plan o estrategia que será aplicada para contar con la información que se requiere en la investigación, y contribuya en la realización de los objetivos será preexperimental. Para Hernández, Fernández y Batista (2003), se busca “administrar un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición de una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en estas variables”. Se trata de tener un acercamiento al problema de investigación en la realidad.

La estrategia adoptada para el desarrollo de la investigación inicia con una revisión literaria, abordando los diversos conceptos que permiten la construcción del marco teórico para comprender el problema de investigación. Se busca colocarla en un contexto histórico para descubrir variables importantes o relevantes.

Una vez realizado el recorrido teórico, se buscarán instrumentos de medición ya existentes para la recolección de datos, los cuales deberán tener validez y confiabilidad aceptable por parte de sus desarrolladores y en estudios recientes. Posteriormente, se analizarán las aportaciones teóricas y la estructura de los instrumentos para establecer los criterios de evaluación en cada uno de ellos. Es importante mencionar que esta actividad representa la parte medular de la investigación, toda vez que los constructos quedarán alineados en esta etapa.

Al concluir los criterios de evaluación, se diseña el Modelo Alianza para intervenir ante los trastornos depresivos y sus factores asociados, el cual estará integrado por las variables de estudio: depresión, estrés, ansiedad y autoestima. Para ello, se aplicará una escala gráfica, una matriz de ponderación por cada variable, el perfil gráfico y el índice resultante ponderado.

Se identificarán a los pacientes con sintomatología clínica de depresión, ansiedad, presencia de signos de estrés y autoestima disminuida, para aplicarles los instrumentos a efecto de obtener datos, los cuales serán transformados en información, y esa información en conocimiento. Se realizará una prueba de hipótesis mediante el cálculo aritmético a través del programa IBM SPSS Statistics. Por último, se comprobará la confiabilidad del modelo mediante la obtención del coeficiente de correlación Pearson entre PRE y POST (Pretest y Postest o etapa preliminar y etapa posterior).

3.4 Población

Los sujetos de estudio se determinaron mediante la bitácora de registro de ingreso a consulta en PsicoAlianza durante el período comprendido entre mayo del 2022 y marzo del 2023, siendo un total de 198. Para este caso, sólo se consideraron aquellos pacientes que presentaron sintomatología depresiva con una edad de 19 a 25 años, edad de mayor prevalencia entre los consultantes de Centro PsicoAlianza, con nivel socioeconómico medio, estudios de medio superior y superior; gran porcentaje sin pareja o con dificultades en sus relaciones; y en mayoría mujeres.

Tabla 6. Unidades de análisis según registros de consulta durante mayo del 2022 y marzo del 2023 en Centro PsicoAlianza

Paciente	Fecha	Edad
1	may-22	19
2	may-22	22
3	may-22	19
4	may-22	25
5	jun-22	25
6	jun-22	23
7	jun-22	23
8	jul-22	20
9	jul-22	21
10	ago-22	24
11	ago-22	20
12	ago-22	25
13	ago-22	21

14	ago-22	24
15	ago-22	25
16	sep-22	21
17	sep-22	25
18	sep-22	21
19	sep-22	23
20	sep-22	19
21	oct-22	23
22	oct-22	19
23	oct-22	23
24	oct-22	25
25	oct-22	22
26	oct-22	25
27	nov-22	23
28	nov-22	19
29	nov-22	22
30	nov-22	24
31	nov-22	25
32	dic-22	24
33	dic-22	22
34	ene-23	23
35	feb-23	21
36	mar-23	25

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 muestra el resultado de ingresos a consulta en los registros de PsicoAlianza para cada unidad de análisis. De acuerdo con esta información, los pacientes con sintomatología depresiva y ansiosa, relacionado a las variables de estudio son 36.

3.5 Procedimiento de selección de la muestra

Según López (2004), “una muestra es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación”, y el método utilizado para seleccionarla es el muestreo. El tipo de muestreo irá de acuerdo al diseño.

La selección de sujetos se realizó mediante la técnica de muestreo probabilístico derivado del enfoque de la investigación. Este método está basado en el principio de equiprobabilidad, el cual supone que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra y, en consecuencia, todas las muestras de tamaño “n” tienen la misma probabilidad de ser elegidas. Autores diversos coinciden en que este método de muestreo asegura la representatividad de la muestra extraída, siendo lo más recomendable.

Los sujetos de estudio se determinaron mediante la fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando se tiene una población finita (Fisher y Navarro, 1997):

Fórmula:

$$n = \frac{NZ^2\ p(1 - p)}{(N - 1)\ e^2 + Z^2\ p(1 - p)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra
N = Tamaño de la población
Z = Nivel de confianza
P = Proporción de éxitos

(1-p) = Proporción estimada de fracasos

e = Error de estimación entre la proporción real y la proporción de la muestra

Datos:

n = Sujetos de estudio

N = 36

Z = 80%

P = 50% (0.50)

e = 5% (0.5)

Resultado:

n = 30

3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

La selección de participantes se llevó a cabo con el establecimiento de criterios cuantitativos enfocados en las variables de estudio, los cuales comprenden sintomatología de un trastorno depresivo según DSM 5 (APA, 2014), con posible presencia de signos o síntomas de estrés, ansiedad y autoestima media-baja. El rango de edad de los sujetos de estudio oscilará entre los 19 y 25 años respectivamente, cuya población fue o es consultante en Centro PsicoAlianza y representa al mayor porcentaje de personas en esa situación y edad.

Se excluyeron primeramente otros pacientes con la misma sintomatología de un trastorno depresivo y con presencia de signos y síntomas de estrés elevado, ansiedad y autoestima media-baja que estuvieran fuera de los rangos de edad, es

decir menores de 19 años o mayores de 25 años, dado que el mayor número de población está entre las edades del intervalo elegido.

Por otro lado, de la primera muestra de 36, se han eliminado 6 sujetos debido a la aplicación de la fórmula para calcular el tamaño de la muestra, quedando conformada por 30 sujetos.

Así mismo, se identifica la importancia de intervenir en este tipo de población debido al momento de desarrollo en el que se encuentran; regularmente iniciando mayoría de edad que conlleva al enfrentamiento de responsabilidades nuevas; el inicio de la formación universitaria o el ingreso a un empleo por mencionar algunas, agregando a esto los factores de riesgo personales y psicosociales que pudieran estar presentes; a efecto de proporcionar un modelo de intervención que contribuya en el bienestar de la salud mental en las personas.

3.6 Participantes

Los participantes en la investigación fueron 30 pacientes que se muestran en la tabla 6, debido a que cumplen con las características para abordar el fenómeno de estudio. La investigación se desarrolló con la participación de los sujetos de estudio y el investigador. Se contó con el apoyo de 1 persona para recopilar y registrar la información en las herramientas adecuadas para su análisis e interpretación.

3.7 Técnicas e instrumentos empleados

Uno de los medios que tiene la investigación científica para incrementar el conocimiento sobre algo es mediante del uso de teorías, metodologías, conceptos, técnicas e instrumentos (Bunge, 1989). El uso de los instrumentos de medición

permite obtener información para describir o predecir estos fenómenos. Por lo tanto, los instrumentos aplicados para la recopilación de datos en esta investigación son ya existentes, es decir, se emplean instrumentos que han sido diseñados y validados por diversos autores en investigaciones científicas para acercarse a la realidad que se desea conocer, a través de los constructos establecidos en el marco teórico.

Para obtener información de los constructos de depresión y ansiedad, se seleccionan los inventarios Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de depresión de Hamilton y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sin embargo, al momento de realizar la entrevista, se observaron datos de autoestima disminuida, factores estresantes y posibles eventos traumáticos, por tanto se aumentó el test Rosenberg y el PCL-5 que miden síntomas relacionados a autoestima y la respuesta que se tiene ante experiencias de estrés elevado, respectivamente.

Tabla 7. Instrumentos de medición empleados en la investigación

	Instrumento	**Evidencia de Validación y Confiabilidad**
1	BDI-II	Alfa de Cronbach= 0.92. (Rosas, et al. 2020). Elevada congruencia de la solución bifactorial, compuesta de dos factores, cognitivo-afectivo y somático- motivacional, que aparece de forma consistente en la mayoría de los estudios y con muestras de distintos países y poblaciones. (Sanz, et al., 2003).
2	Hamilton	Índice de validez. V de Aiken= .99, con 100% de ítems válidos. (Barreda, 2019). Alfa de Cronbach 0.806 Validez de contenido 92.64

		(Torres, et al. 2015).
3	HADS	Consistencia interna de la escala global= 0.86 Alfas de Cronbach por subescala: Ansiedad= 79 y Depresión= .80. Validez por medio de correlación con las medidas concurrentes, (r de Pearson de .51 a .71, p<0.05). (Galindo, et al., 2015).
4	BAI	Alfa de Cronbach=.94 Omega= .95 (Vizioli, & Pagano, 2022).
5	PCL-5	Adecuada consistencia interna =.97 Validez convergente apropiada (rs = .58 a .88). (Durón, et al., 2018).
6	Rosenberg	Alfa de Cronbach= 0.79 Dos dimensiones que explican 36.44 de la varianza Análisis factorial con buen ajuste: x2=57.68 gl=19, p=.00, RMSEA=0.044, NFI=0.97, RFI=.95, IFI=0.98, TLI =0.97 y CFI=0.98. (Jurado, et al., 2015).

Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar que la batería de pruebas aplicada cuenta con puntuaciones mínimas y máximas distintas en cada una de ellas, por lo tanto, surge la necesidad de homologar las puntuaciones con fines de análisis estadísticos. Esta ponderación asignada se especifica a continuación.

La prueba psicométrica BDI-II, Inventario de Depresión de Beck II, es propuesto por Aaron Beck, diseñado para evaluar y detectar la gravedad en el trastorno de la depresión, congruetnes con los criterios del DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, APA, 1994) y CIE-10 (*Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, OMS, 1993). Su aplicación es autoadministrada de 10 a 15 minutos, cuenta con 21 ítems, que se califican en una escala de 4 opciones que van desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Arroja

resultados para mínima depresión con una puntuación de 0 a 13, depresión leve de 14 a 19, moderada de 20 a 28 y grave de 29 a 63. Puede utilizarse en población mayor de 13 años (Barreda, 2019). La ponderación para BDI-II es la que a continuación se observa.

Tabla 8. Asignación de factor ponderante en el instrumento BDI-II.

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	47-63	29-46	20-28	14-19	0-13
Interpretación	muy grave	Grave	moderada	leve	Mínima

Fuente: Elaboración propia.

Una prueba más sugerida utilizada en este estudio, es el Test para la evaluación de la depresión de Hamilton depresión rating scale (HDRS), la cual es una escala heteroaplicada para adultos, diseñada para ser utilizada en pacientes con depresión, cuyo objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Es de autoaplicación y para contestarlo regularmente se requieren de 15 minutos. Se compone de 21 ítems y su punto de corte es el siguiente. No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, y Depresión muy severa: mayor a 23 (Torres, et al. 2015). Para esta investigación, se utilizan las siguientes ponderaciones en la escala Hamilton.

Tabla 9. Asignación de factor ponderante en el instrumento Hamilton

.

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	23-52	19-22	14-18	08-13	0-7
Interpretación	muy severa	severa	moderada	leve	normal

Fuente: Elaboración propia.

El Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS), es un instrumento de tamizaje válido y confiable; con 14 ítems mide dos constructos, de los cuales 7 evalúan ansiedad y los otros 7 depresión. El puntaje va de 0 a 7 que indica ausencia de ansiedad o depresión, de 8 a 10 referiría consideración y de 11 a 21 que es la máxima, síntomas relevantes y probable caso de ansiedad o depresión (Galindo, et al., 2015). El factor ponderante en esta ocasión también es dividido con el fin de homologar los valores para el análisis de resultados.

Tabla 10. Asignación de factor ponderante en el instrumento HADS

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	17-21	11-16	08-10	5-7	0-4
Interpretación	severo	moderado	consideración	leve	normal

Fuente: Elaboración propia.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por Aaron Beck, está diseñado para medir signos clínicos en los trastornos de ansiedad. Su estructura contempla síntomas somáticos, de ansiedad y pánico. Los puntos de corte en este inventario son de 0 a 7 para ansiedad mínima, de 8 a 15 para ansiedad leve, de 16 a 25 para moderada y de 26 a 63 para ansiedad grave (Vizioli, & Pagano, 2022). Debido a que

BAI cuenta con cuatro apartados asignados en sus puntuaciones equivalentes mencionadas; para este estudio, se divide el último apartado correspondiente a ansiedad “grave” y se pondera en “grave” y “muy grave” con el fin de que el factor ponderante tenga igualmente un valor de 1 a 5 como en los otros inventarios, quedando entonces de 26 a 44 como “grave” y de 45 a 63 como “muy grave”.

Tabla 11. Asignación de factor ponderante en el instrumento BAI.

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	45-63	26-44	16-25	08-15	0-7
Interpretación	muy grave	Grave	moderada	leve	mínima

Fuente: Elaboración propia.

La Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL), adaptada al DSM-5 (PCL-5), es un instrumento que enlista los criterios diagnósticos acerca de estrés postraumático, que como se ha visto en el marco teórico, el trauma puede ser un factor de riesgo para depresión y por tanto manifestarse en casos de estrés severo y estrés postraumático, que se refiere haber estado expuesto a algún acontecimiento traumático. Esta escala es de autoaplicación y ocupa un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos; es sugerible que al visualizar los resultados, se complemente con información de entrevista, signos clínicos y otros test. El punto de corte es de 33 puntos, siendo los máximos 80 (Durón, et al., 2018). La ponderación en este caso se toma con base en el punto de corte que es 33, mismo que se coloca en “consideración” con un factor ponderante de 3, siendo que los más bajos se interpretan como normal (5) o síntomas leves (4) y los más altos (1 y 2) como la existencia de síntomas clínicos de estrés postraumático, siempre a cotejo con entrevista y signos clínicos.

Tabla 12. Asignación de factor ponderante en el instrumento PCL-5

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	66-80	50-65	33-49	17-32	0-16
Interpretación	Caso	caso	consideración	leve	normal

Fuente: Elaboración propia.

La Escala de Autoestima de Rosenberg, es un instrumento creado con el objetivo de conocer los atributos personales y la percepción de valía en el ambiente interpersonal (Jurado, 2015). Traducida a nivel internacional para su uso en diversas poblaciones para medir autoestima. Evalúa las propias características a través de 10 ítems, positivos y negativos, contestado con alternativas que van de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”, la puntuación se divide en autoestima alta de 30-40 puntos, media de 26 a 29 puntos, y baja con menos de 25 puntos (Rojas, et al., 2009).

Para este instrumento, se determinó un factor ponderando de 1 a 5 según la siguiente tabla, con el cual sería posible comparar los resultados generales.

Tabla 13. Asignación de factor ponderante en el instrumento Rosenberg

Factor de ponderación	1	2	3	4	5
Puntuación natural prueba	10-12	13-25	26-29	30-34	35-40
Interpretación	muy baja	baja	media	alta	Alta

Fuente: Elaboración propia.

Para el caso de la entrevista a profundidad basada en el enfoque cualitativo, se aplicó una adaptación de entrevista CASIC (Slaikeu, Karl A. 1996), cuya aplicación es relativamente rápida y brinda oportuna información de las áreas: conductual,

afectiva, somática, interpersonal y cognitiva del paciente (ver en Anexo 1).

Así mismo, para el ejercicio de intervención, dentro del modelo psicoterapéutico EMDR, se encuentra el Paquete de Tratamiento Clínico del Manual Oficial del Instituto EMDR y EMDR Iberoamérica actualizado a 2022 (Jarero, 2022), cuyo protocolo estandarizado va guiando el proceso en la ejecución de la terapia fase a fase.

En la primer fase se incluyen: la entrevista, los criterios de selección, y el método para la obtención de secuencia de blancos (PSB). En la fase dos se habla de la preparación y las estrategias de automodulación de afectos; para la tercer fase hay una hoja de trabajo con ejemplos de creencias negativas a fin de identificarlas si es que no lo hubiera hecho ya el paciente. En las fases de cuatro a siete se refieren a la desensibilización y reprocesamiento de las creencias negativas con las que viene la reducción de la perturbación. En la octava y última fase, se reevalúa y también se trabaja con disparadores presentes y patrones a futuro.

En las fases 4 a 7 de desensibilización y reprocesamiento, el nivel de perturbación es medido a través de una Escala Numérica, como ejemplo claro de ésta, se puede citar a la Escala numérica del dolor, muy conocida y utilizada en el medio hospitalario (Quiles, M., y Hofstadt, C., 2004). Ahora bien, regresando al protocolo estandar de EMDR, el instrumento utilizado es una variación de la escala del dolor; la perturbación que es ocasionada por el dolor emocional proveniente de la Creencia Negativa, es medida de 0 a 10, teniendo que cero significa ausencia de perturbación y diez la máxima que se puede sentir, de tal manera que de esta forma es posible medir las sensaciones negativas vinculadas a los síntomas previamente

establecidos como blancos, mismo que deben ir disminuyendo conforme pasan las tandas de estimulación bilateral.

3.8 Procedimientos de recolección de datos

El procedimiento general para la recolección de datos en esta investigación fue de la siguiente manera: primeramente tras la percepción de haber recibido frecuentemente pacientes con sintomatología depresiva, se realizó una revisión en la bitácora de primer ingreso, de control interno llevada por Centro PsicoAlianza, en la cual hay un registro con la fecha, el nombre del consultante, la edad y el motivo de consulta. Posteriormente, se revisó minuciosamente la revisión de la edad de los consultantes para obtener las edades en que estos motivos de consulta son más solicitados. Una vez hecho lo anterior, se selecciona la muestra por propósito, tomando en cuenta las edades entre 19 a 25 años, puesto que son la mayoría de personas con las características abordadas en este estudio. Estas personas selecionadas asistieron entre mayo del 2022 y marzo del 2023, cuyo proceso fue el recibimiento y presentación, rapport para establecer la importante y fundamental alianza terapéutica, la escucha en el motivo de consulta, para seguir con la aplicación de instrumentos que fueron seleccionados en ese momento de acuerdo al motivo de consulta expresado (BDI-II, Hamilton, HADS, BAI, PCL-5 y Rosenberg). Después de ello, se aplicó la entrevista con perfil CASIC que permite obtener información de las áreas: conductual, afectiva, somática, interpersonal y conductual. Ya en la última etapa, se tomó en cuenta el estado emocional-cognitivo que las personas podían describir de sí mismas.

El procedimiento diseñado para este estudio, consta de dos fases y el análisis de resultados.

Revisión de bitácora de ingreso. El inicio del proceso fue realizar una observación directa a los registros internos de ingreso a Centro PsicoAlianza, en donde se observaba la fecha de ingreso, nombre del paciente, su edad y el motivo de consulta por el cual solicitaron la atención psicológica. Posteriormente se observó que los problemas en salud mental más frecuentes son referentes a depresión, por lo tanto se hizo un conteo del número de personas que lo padecían y la edad de los mismos, obteniendo como resultado un mayor porcentaje en personas con edad entre 19 y 25 años; de tal modo que se hace la selección, tomando en cuenta lo mencionado por la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (citado por Guillen, 2021) que registró para 2020, 329 suicidios, de los cuales el 25% representó al grupo de 20 a 29 años, un 17% para los de 30 a 39 años, un 15% para los de 20 a 49, y un 14% para los de 10 a 19 años de edad.

La etapa posterior fue la aplicación de los instrumentos BDI-II y Hamilton que miden depresión, HADS que mide depresión y ansiedad, BAI para síntomatología ansiosa , PCL-5 cuya lista deja ver el nivel de éstres por experiencias que pueden ser traumáticas y Rosenberg una escala de autoestima.

La aplicación de estos instrumentos

BDI-II. Debido a que es un inventario de autoaplicación, se solicita al paciente que por favor, lea cuidadosamente los grupos de afirmaciones que están a continuación y coloque una marca en la afirmación con la que más se identifique durante las

últimas dos semanas.

Hamilton depresión rating scale (HDRS). Acontinuación, para responder a esta escala, se solicita nuevamente la colocación de una marca en el enunciado con el que mejor se identifique, que permite identificar el grado de depresión o aunsencia de síntomas.

HADS. Para esta escala de Zigmond, A. y Snaith, R. (1983), se comenta al participante que esta escala para ayudarnos a saber cómo se siente, por tanto, deberá leer cada uno de los 14 reactivos, en los que debe tachar o poner una marca en la respuesta que más se ajuste a cómo se sintió durante la semana pasada, además de invitarlo a contestarla sin pensar mucho.

BAI. Para este inventario, se comenta al paciente que la lista que leerá enseguida, se trata de síntomas que son comunes en la ansiedad y deberá indicar de “en absoluto” o hasta severamente según lo haya sentido desde una semana atrás, incluyendo ese mismo día.

PCL-5. Para la aplicación en este test, se menciona que ésta es una lista de “problemas que a veces tienen las personas en respuesta a experiencias muy estresantes”, por tanto tendrá que tener en la mente esas experiencias por las que ha pasado y contestar con referencia a la semana pasada, cómo se ha sentido.

Rosenberg. Esta escala que ha sido seleccionada debido a que en la mayoría de los motivos de consulta se percibía una autoestima disminuida, se invita al paciente a contestar de la manera más honesta posible, ya que es importante conocer los resultados certeramente.

Procedimiento en entrevista: Una vez aplicados los instrumentos, se intenta profundizar con la aplicación de la entrevista que en este caso se utiliza un perfil

CASIC que se refiere a la evaluación del estado Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo. Se elije este tipo de entrevista semiestructurada debido a la gran cantidad de información que arroja. Esta entrevista se aplica con un tiempo aproximado a 90 minutos, con los cuales se concluye la recolección de datos requeridos para el inicio de este estudio.

Aplicación de psicoterapia EMDR durante tratamiento: al inicio de la siguiente etapa que es la referente al tratamiento, se hace la recolección del estado cognitivo y emocional del paciente, redactando un resumen de la problemática referida por el participante.

Posteriormente, al término del tratamiento se elabora una tabla que contiene datos del estado emocional inicial, problemática, motivo de consulta, síntomas presentes, y estado emocional al término del tratamiento referido por los pacientes; información recabada a través de las preguntas: ¿cómo te sientes? ¿cuál es tu experiencia del tratamiento?¿consideras que has tenido una mejoría? ¿qué piensas de ti, a partir del paso de las sesiones al día de hoy? ¿consideras que te falta algo por trabajar terapéuticamente? ¿cuál es tu visión a futuro? con el objetivo de conocer si el paciente percibe un cambió en su estado emocional y sus cogniciones, refiriendo a las creencias que tiene de sí mismo.

3.9 Desarrollo de etapas de la investigación

Este estudio se desarrolló en seis etapas, la primera hace referencia a la selección del objeto de estudio, en la cual se hizo un análisis y revisión estadística acerca de los trastornos mentales más comunes dentro de los que figura la depresión como un problema de salud pública y por tanto imperante abordar, dado que este

trastorno, demanda mucha atención dentro de los motivos de consulta de Centro PsicoAlianza. Aunado a ello, se comenzó con la búsqueda acerca de los factores de riesgo, los tratamientos y su eficacia, así como las correlaciones y asociaciones con otros factores.

Con base en la información revisada, la segunda etapa hace referencia al diseño de un modelo de intervención integral para atender a las personas cuyos motivos de consulta eran probablemente trastornos depresivos, cuyo procedimiento consta de diez puntos distribuidos en diez sesiones que abordan desde la evaluación, el tratamiento y el postest.

La tercera etapa hace referencia al trabajo de campo, en donde se hizo una revisión de la bitácora de dicho centro, en cuya población se selecciona la muestra representativa en esta investigación: adultos de 19 a 25 con motivos de consulta y sintomatología aparente de un trastorno depresivo, y se comienza la aplicación del Modelo Alianza (Anexo 1), que comienza con el establecimiento de la alianza terapéutica y escucha del motivo de consulta, seguida de la aplicación de los instrumentos seleccionados para evaluar los síntomas depresivos y sus potenciales factores de riesgo asociados, continuando con la intervención de la psicoterapia EMDR, y concluir con el postest.

En la cuarta etapa referente al análisis de la información se examinan los datos correspondientes al motivo de consulta, problemática, estado cognitivo y emocional pretest, resultados de la evaluación (aplicación de instrumentos y entrevista CASIC), así como el resultado arrojado en el postest, referente a la etapa posterior.

En la quinta etapa que se refiere a la presentación de resultados, se trabajó con el programa IBM SPSS, para realizar la parte estadística de este estudio, que se

presenta a través de tablas y figuras.

Por último, en la sexta etapa de esta investigación, se efectuó el análisis de la información y las conclusiones, a través de un proceso de análisis de resultados de donde se pudieron observar los hallazgos presentes.

3.9.1 Etapa 1. Selección del objeto de estudio.

Durante el proceso académico que representó el programa doctoral del Instituto Superior de Estudios de Occidente, en el que a través de los 24 módulos se abordaron diferentes temáticas referentes a la salud mental, aunado a la observación de los frecuentes motivos de consulta por los cuales acuden las personas a Centro PsicoAlianza, es que se decidió estudiar más profundamente la depresión.

En esta etapa primeramente se realizó la revisión de la bitácora de primer ingreso, misma que contiene los datos siguientes: fecha, nombre del paciente, edad, motivo de consulta y observaciones. Una vez observada la frecuencia con la que se solicita atención por este motivo, se hace una segunda revisión para obtener las edades mayor recurrencia. Una vez identificado el intervalo de edad (19-25 años) entre los consultantes cuyo motivo de consulta se relacionaba a sintomatología depresiva, es que se elige la muestra para comenzar el trabajo de campo. Cabe mencionar que el acceso a la información de la bitácora fue hecho únicamente por la investigadora, obedeciendo a la confidencialidad a la que los consultantes tienen derecho.

Posteriormente, se realizó una búsqueda de información en bases de datos: PubMed, Scielo, Redalyc, PsynINFO, Google Académico y www.emdrmexico.org. Los criterios de búsqueda fueron: depresión, ansiedad y depresión, estrés y

depresión, autoestima y depresión, trauma y depresión, guías clínicas en depresión, tratamiento en depresión, EMDR, Eye movement desensitization and reprocessing.

3.9.2 Etapa 2. Diseño del Modelo Alianza.

Esta etapa se refiere al diseño de un Modelo integral de intervención en depresión y factores asociados para adultos de 19 a 25 años que acuden a Centro PsicoAlianza, con el fin de aplicarlo a los consultantes que cumplan con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo y sean seleccionados como muestra. Este modelo llamado Alianza, consta de diez puntos distribuidos en diez sesiones que corresponden a la evaluación, el tratamiento y el postest. Éste inicia con el encuadre, la lectura y llenado de compromisos y consentimiento informado, el motivo de consulta y la escucha activa de la problemática del consultante. Así mismo cabe resaltar que el establecimiento del rapport y una cálida alianza terapéutica entre el paciente y la psicoterapeuta, es sumamente relevante debido a que se considera, uno de los puntos que tienen un efecto positivo. Después, se realiza la aplicación de los instrumentos elegidos para poder obtener la información necesaria para elaborar una impresión diagnóstica. Posteriormente se aplica la entrevista CASIC (g), para obtener información cualitativa a través de un perfil que pudiera arrojar datos de las áreas: conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva para conocer el estado global del paciente, ya que que regularmente estas áreas se ven afectadas en este tipo de trastornos. Enseguida, una vez teniendo el diagnóstico, se aplica la psicoterapia EMDR para desensibilizar las emociones, sensaciones y creencias negativas que pueden subyacer a los síntomas. Durante la fase 2 de este procedimiento de EMDR (Anexo 2), se incluye la psicoeducación

con el objetivo de instalar recursos que servirán para el afrontamiento en las fases 4 y 5 que se refieren a la desensibilización y reprocesamiento de memorias disfuncionales o perturbadoras generadoras de malestar. Después en la penúltima sesión se lleva a cabo una seguda aplicación de instrumentos (a-f), para saber si se efectuó algún cambio. Por último, se hace el cierre de la intervención en la cual se hace un recueento del proceso solicitando al paciente el discurso de su experiencia.

3.9.3 Etapa 3. Trabajo de campo.

En el primer punto referente a esta etapa, a manera de evaluación, se realizó la aplición de los instrumentos a las personas que ya habían sido identificadas con sintomatología depresiva.

El proceso de evaluación duró mínimo dos y máximo tres sesiones, en las cuales también se aplicaron los instrumentos seleccionados: a) BDI-II, b) Hamilton, c) HADS, d) BAI, e) PCL-5 y f) Rosenberg, así como la entrevista CASIC, para obtener la información cualitativa, y así poder corroborar la información proveniente de las pruebas, y aumentarla para detectar los motivos por los cuales los síntomas estaban presentes.

Una vez encontranda esta información que se resume en la problemática, el motivo de consulta y el estado emocional del paciente (ver Tabla 42), es que se pretende observar el conflicto de fondo, mismo que se refiere en mayoría a procesos altamente estresantes y traumáticos en algunos otros.

3.9.4. Etapa 4. Análisis de la información.

Para este proceso se consideran los puntos referentes a: motivo de consulta, problemática, estado emocional pretest, resultados de la evaluación (aplicación de instrumentos y entrevista CASIC), información con la cual se puede identificar y categorizar por puntajes, los niveles de depresión, ansiedad, presencia de eventos traumáticos y nivel de autoestima que fungen como línea base a comparar después del tratamiento.

A esos resultados que dejaban ver la cantidad y gravedad de síntomas en cada instrumento, se les asignó una ponderación, con un puntaje del uno al cinco con el objetivo de homologar cada instrumento, ya que los intervalos de puntajes naturales en cada prueba eran distintos y por tanto, existía la dificultad para poder asignar una puntuación global equivalente a todas las pruebas aplicadas (a-f).

La ponderación queda de la siguiente forma. 1: síntomas clínicos de mayor gravedad, 2: síntomas clínicos de gravedad, 3: existencia de síntomas clínicos de consideración, 4: pocos síntomas de altibajos considerados normales, y 5: ausencia de síntomas depresivos.

3.9.5 Etapa 5. Presentación de resultados.

Se trabajó con el programa IBM SPSS Versión: 29.0.0.0 (241), para realizar la parte estadística de este estudio que se presenta a través de tablas y figuras. Los resultados se muestran en dos etapas: Etapa Preliminar que hace referencia al pretest, y Etapa Posterior, referente al postest.

Se realizan varias tablas con el fin de mostrar y sustentar la información obtenida. Primeramente, en la tabla 15 se visualizan los resultados generales de los instrumentos cuantitativos: a) BDI-II, b) Hamilton, c) HADS, d) BAI, e) PCL-5 y f) Rosenberg), así como el número asignado al paciente, edad de este y el Índice Resultante Ponderado, que hace referencia al promedio global de los instrumentos mencionados. Posteriormente, se despliega en diferentes tablas el resultado de cada prueba con el objetivo de elaborar el diagnóstico y visualizar los niveles en separado de depresión, ansiedad, estrés y autoestima.

Se obtuvieron los datos estadísticos de la etapa Preliminar: media, mediana y desviación estándar que arrojan los datos mínimos y máximos de la ponderación.

Por su parte en la información cualitativa, se logra triangular la información cotejada en los instrumentos aplicados, con los motivos de consulta, síntomas presentes en el momento del ingreso y el tipo de problemática de los consultantes para conocer el fondo que pudieran sostener los síntomas.

En la etapa Posterior o postest, se elaboran las mismas tablas (IRP, por instrumento, por edad, los estadísticos y la información cualitativa); en esta sección también se agrega una tabla comparativa Preliminar-Posterior que permite observar la efectividad del modelo. La prueba T para una muestra permitió rechazar la hipótesis nula.

Para finalizar, se presenta en una tabla el factor asociado hallado en depresión.

3.9.6. Etapa 6. Análisis de la información y conclusiones.

Por último, en la sexta etapa de esta investigación, se efectuó el análisis de la información y las conclusiones, a través de un proceso de análisis de resultados de donde se pudieron observar los hallazgos encontrados, mismos que se presentan en una tabla como: factor asociado a la depresión y que precisamente permite visualizar lo presente como "fondo" de los síntomas y que se abordó en el tratamiento con EMDR, desensibilizando y reprocesando las experiencias traumáticas encontradas, así como las creencias negativas de los pacientes.

El análisis de resultados pretende comprobar la efectividad del modelo Alianza una vez revisados y comparados los resultados de los instrumentos, así como del propio discurso de los pacientes.

Para este efecto, se realiza una tabla comparativa entre las etapas Preliminar y Posterior con la información de la cantidad de pacientes en los que hubo un cambio en la sintomatología tras la aplicación del tratamiento. Así mismo, se observan y plantean los hallazgos encontrados durante el proceso de investigación, y se enuncian los puntos sugeridos para abordar en futuras investigaciones.

3.10. Aspectos bioéticos.

Como parte de la investigación es posible mencionar que a cada uno de los sujetos de la población inicial y a cada participante, se les brindó el consentimiento informado utilizado en Centro PsicoAlianza (ver Apéndice H).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de la aplicación de los inventarios y con el fin de homologar la información, se realizó una asignación de números como factor ponderante en cada uno de los instrumentos, mismo que se basa en las puntuaciones naturales de cada uno de éstos y que puede verse en la siguiente tabla a efecto de emitir un Índice Resultante Ponderado que pueda indicar un promedio por cada persona, tomando en cuenta toda la batería aplicada, mismo que pue verse en la siguiente tabla.

Tabla 14. Factor Ponderante en instrumentos

	FACTOR PONDERANTE				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
	síntomas clínicos de mayor gravedad	síntomas clínicos de gravedad	existencia de síntomas clínicos de consideración	pocos síntomas de 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

Fuente: Elaboración propia.

4.1 Análisis de resultados

De acuerdo con la metodología empleada en la presente investigación, la cual comprende un enfoque mixto, los resultados obtenidos para la etapa Preliminar son los siguientes:

Tabla 15. Resultados sobre la aplicación de instrumentos en etapa preliminar

No.	Edad	BDI-II (Depresión)		Hamilton (Ansiedad)		HADS (Ansiedad y Depresión)				BAI (Ansiedad)		PCL-5 (Estrés)		Rosenberg (Autoestima)		IRP
		PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	PN	FP (PRE)	
1	19	20	3	14	3	16	2	16	2	37	2	52	2	24	2	2.29
2	22	36	2	27	1	21	1	20	1	16	3	57	2	16	2	1.71
3	25	19	4	10	4	11	2	12	2	16	3	29	4	29	3	3.14
4	25	20	3	14	3	14	2	12	2	19	3	31	4	36	5	3.14
5	23	27	3	14	3	13	2	14	2	17	3	32	4	33	4	3.00
6	23	22	3	15	3	12	2	16	2	25	3	39	3	29	3	2.71
7	20	24	3	16	3	21	1	21	1	11	4	36	3	25	2	2.43
8	21	57	1	32	1	19	1	21	1	55	1	56	2	24	2	1.29
9	24	42	2	30	1	16	2	19	1	49	1	51	2	27	3	1.71
10	20	31	2	27	1	12	2	14	2	40	2	48	3	33	4	2.29
11	25	21	3	14	3	16	2	19	1	15	4	17	4	26	3	2.86
12	21	59	1	39	1	20	1	21	1	55	1	73	1	23	2	1.14
13	24	37	2	29	1	21	1	19	1	52	1	52	2	21	2	1.43
14	25	44	2	35	1	21	1	21	1	56	1	72	1	20	2	1.29
15	21	32	2	23	1	19	1	16	2	26	2	36	3	16	2	1.86
16	25	23	3	16	3	10	3	12	2	22	3	41	3	26	3	2.86
17	21	20	3	12	4	13	2	14	2	17	3	33	3	29	3	2.86
18	23	33	2	18	3	12	2	11	2	42	2	39	3	23	2	2.29
19	19	17	4	11	4	11	2	13	2	7	5	19	4	27	3	3.43
20	23	33	2	19	2	19	1	20	1	29	2	33	3	24	2	1.86
21	22	28	3	17	3	16	2	19	1	25	3	42	3	27	3	2.57
22	23	19	4	12	4	17	1	20	1	25	3	42	3	29	3	2.71
23	19	29	2	18	3	14	2	15	2	17	3	41	3	17	2	2.43
24	22	35	2	30	1	17	1	19	1	29	2	54	2	24	2	1.57
25	24	36	2	31	1	16	2	19	1	27	2	39	3	30	4	2.14

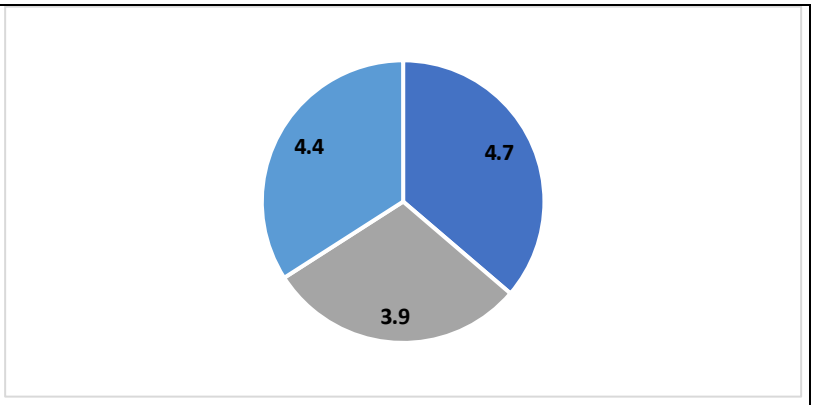
26	25	52	1	23	1	21	1	21	1	42	2	53	2	23	2	1.43
27	22	34	2	19	2	16	2	17	1	29	2	27	4	32	4	2.43
28	23	61	1	12	4	18	1	21	1	39	2	51	2	19	2	1.86
29	21	29	2	34	1	19	1	18	1	53	1	52	2	28	3	1.57
30	25	28	3	29	1	21	1	19	1	42	2	44	3	25	2	1.86

Fuente: Elaboración propia.

La edad de los sujetos de estudio oscila entre los 19 y 25 años, lo cual comprende un promedio de 22.5 años. El intervalo de edad muestra que el 16.67% se encuentra entre 19 y 20 años, el 50.00% entre 21 y 23 años, y el 33.33% entre 23 y 25 años, es decir, el 83.33% de los encuestados y entrevistados tiene más de 21 años de edad. Ver figura 1.

Figura 1. Intervalos y porcentaje de edad

Intervalos (en años)	**Número de Personas**	**Frecuencias**	
		Hi	Ha
19 – 20	5	0.1667	0.1667
21 – 23	15	0.5000	0.6667
23 – 25	10	0.3333	1.0000
	30	1.0000	



Fuente: Elaboración propia.

El Índice Resultante Promedio Ponderado Preliminar con respecto al intervalo de edad indica que los sujetos de estudio de 19 a 20 a cuentan con un índice de 2.6; de 21 a 23 muestran el 2.1; y de 24 a 25 reflejan un índice de 2.2. Ver

Tabla 16. Edad e Índice Resultante Ponderado Promedio (Preliminar)

Intervalo de Edad	Índice Resultante (promedio)
De 19 a 20 años	2.6
De 21 a 23 años	2.1
De 24 a 25 años	2.2

Fuente: Elaboración propia (2023).

La aplicación de estadística descriptiva mediante el software IBM SPSS Statistics para la Etapa Preliminar se muestra en la Tabla 17.

Tabla 17. Estadística descriptiva aplicada en la etapa preliminar

Estadísticos

IRP

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		2.2053
Mediana		2.2900
Desv. Estándar		.63712
Rango		2.29
Mínimo		1.14
Máximo		3.43

Fuente: Elaboración propia (2023)

La tabla 17 muestra los datos estadísticos de la etapa Preliminar, la media se ubica en 2.2053, la mediana en 2.2900, la desviación estándar es de .63712, el rango mínimo es 1.14 y el máximo es 3.43.

Tabla 18. Índice Resultante Promedio en Etapa Preliminar

Índice Resultante Promedio en Etapa Preliminar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.14	1	3.3	3.3	3.3
	1.29	2	6.7	6.7	10.0
	1.43	2	6.7	6.7	16.7
	1.57	2	6.7	6.7	23.3
	1.71	2	6.7	6.7	30.0
	1.86	4	13.3	13.3	43.3
	2.14	1	3.3	3.3	46.7
	2.29	3	10.0	10.0	56.7
	2.43	3	10.0	10.0	66.7
	2.57	1	3.3	3.3	70.0
	2.71	2	6.7	6.7	76.7
	2.86	3	10.0	10.0	86.7
	3.00	1	3.3	3.3	90.0
	3.14	2	6.7	6.7	96.7
	3.43	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

*Fuente:*Elaboración propia

Para la etapa Preliminar, se muestra que el 70.00% de los encuestados tienen 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 respectivamente.

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje en BDI-II (Depresión)

BDI-II

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	4	13.3	13.3	13.3
	2.00	13	43.3	43.3	56.7
	3.00	10	33.3	33.3	90.0
	4.00	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Para el instrumento BDI-II en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 90.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 10.00% muestra un 4.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 27 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de muy grave a moderado.

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje en Hamilton (Depresión).

Hamilton

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	13	43.3	43.3	43.3
	2.00	2	6.7	6.7	50.0
	3.00	10	33.3	33.3	83.3
	4.00	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Para el instrumento Hamilton en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 83.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 16.70% muestra un 4.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 25 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de muy severa a moderada.

Tabla 21.Frecuencia y porcentaje en HADS (Depresión).

HADS Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Para el instrumento HADS-II en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 100.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 y 2.00 respectivamente. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, la totalidad de los pacientes presentaron un estado inicial de depresión de severo a consideración.

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje en HADS (Ansiedad).

HADS Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	14	46.7	46.7	46.7
	2.00	15	50.0	50.0	96.7
	3.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Para el instrumento HADS-I en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 96.70% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 2.00, mientras que el 3.30% muestra un 3.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, la totalidad de los pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de severo a consideración.

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje en BAI (Ansiedad).

BAI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	6	20.0	20.0	20.0
	2.00	11	36.7	36.7	56.7
	3.00	10	33.3	33.3	90.0
	4.00	2	6.7	6.7	96.7
	5.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Para el instrumento BAI en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 90.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 10.00% muestra un índice de 4.00 y 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 27 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de muy grave a moderada.

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje en PCL-5 (Estrés).

PCL-5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1.00	2	6.7	6.7	6.7
	2.00	9	30.0	30.0	36.7
	3.00	13	43.3	43.3	80.0
	4.00	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento PCL-5 en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 80.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que

el 20.00% muestra un índice de 4.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 24 pacientes presentaron un estado inicial de estrés de caso a consideración.

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje en Rosenberg (Autoestima).

		Rosenberg			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2.00	15	50.0	50.0	50.0
	3.00	10	33.3	33.3	83.3
	4.00	4	13.3	13.3	96.7
	5.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento Rosenberg en la etapa Preliminar, se obtuvo que el 83.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 2.00 y 3.00, mientras que el 16.70% muestra un índice de 4.00 y 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 25 pacientes presentaron un estado inicial de autoestima de muy baja a media.

Para el caso de la etapa Posterior, se tienen los siguientes resultados:

Tabla 26. Resultados sobre la aplicación de instrumentos en etapa posterior.

No.	Edad	BDI-II (Depresión)		Hamilton (Ansiedad)		HADS (Ansiedad y Depresión)				BAI (Ansiedad)		PCL-5 (Estrés)		Rosenberg (Autoestima)		IRP
		PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	PN	FP (POST)	
1	19	14	4	7	5	10	3	6	4	10	4	37	3	29	3	3.71
2	22	19	4	17	3	11	2	10	3	8	4	41	3	26	3	3.14
3	25	7	5	6	5	7	4	5	4	6	5	16	5	33	4	4.57
4	25	11	5	7	5	8	3	6	4	9	4	11	5	36	5	4.43

5	23	13	5	6	5	7	4	5	4	7	5	21	4	36	5	4.57
6	23	11	5	7	5	7	4	7	4	9	4	19	4	35	5	4.43
7	20	12	5	7	5	7	4	6	4	6	5	22	4	31	4	4.43
8	21	12	5	6	5	9	3	8	3	9	4	29	4	30	4	4.00
9	24	9	5	8	4	7	4	7	4	8	4	23	4	31	4	4.14
10	20	9	5	7	5	5	4	3	5	6	5	9	5	36	5	4.86
11	25	6	5	4	5	7	4	7	4	5	5	3	5	32	4	4.57
12	21	13	5	9	4	11	2	10	3	25	3	29	4	29	3	3.43
13	24	11	5	7	5	9	3	9	3	11	4	12	5	29	3	4.00
14	25	14	4	9	4	7	4	7	4	8	4	26	4	30	4	4.00
15	21	12	5	7	5	11	2	9	3	7	5	22	4	26	3	3.86
16	25	6	5	6	5	7	4	8	3	6	5	16	5	31	4	4.43
17	21	7	5	6	5	6	4	4	5	7	5	21	4	36	5	4.71
18	23	14	4	9	4	6	4	4	5	9	4	22	4	29	3	4.00
19	19	7	5	3	5	5	4	3	5	3	5	6	5	33	4	4.71
20	23	13	5	7	5	11	2	9	3	7	5	21	4	29	3	3.86
21	22	9	5	7	5	11	2	9	3	9	4	11	5	35	5	4.14
22	23	10	5	6	5	10	3	7	4	7	5	23	4	33	4	4.29
23	19	14	4	12	4	9	3	5	4	6	5	22	4	28	3	3.86
24	22	13	5	12	4	6	4	9	3	7	5	25	4	30	4	4.14
25	24	11	5	11	4	11	2	9	3	10	4	14	5	36	5	4.00
26	25	9	5	13	4	7	4	6	4	15	4	32	4	29	3	4.00
27	22	13	5	6	5	10	3	7	4	7	5	7	5	36	5	4.57
28	23	25	3	6	5	9	3	7	4	6	5	22	4	32	4	4.00
29	21	11	5	7	5	11	2	9	3	15	4	16	5	33	4	4.00
30	25	11	5	8	4	9	3	8	3	14	4	22	4	34	4	3.86

Fuente: Elaboración propia (2023).

Para el caso del Índice Resultante Promedio Ponderado Posterior, se obtuvo que los sujetos de 19 a 20 años cuentan con un índice de 4.3; de 21 a 23 muestran el 4.1; y 24 a 25 años un índice de 4.2. Ver tabla 28.

Tabla 27. Edad e Índice Resultante Ponderado Promedio (Posterior).

Intervalo de Edad	Índice Resultante (promedio)
De 19 a 20 años	4.3
De 21 a 23 años	4.1
De 24 a 25 años	4.2

Fuente: Elaboración propia.

La aplicación de estadística descriptiva mediante el software IBM SPSS Statistics para la Etapa Posterior se muestra en la Tabla 29.

Tabla 28. Resultados obtenidos para el etapa Posterior

Estadísticos

IRP2

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		4.1570
Mediana		4.0700
Desv. estándar		.39029
Rango		1.72
Mínimo		3.14
Máximo		4.86

Fuente: Elaboración propia (2023).

Por su parte, la etapa Posterior muestra que la media está en 4.1570, la mediana en 4.0700, la desviación estándar es de 0.39029, el rango mínimo es 3.14 y el máximo es 4.86.

Tabla 29. Resultados obtenidos para el etapa Posterior

Índice Resultante Promedio. Etapa Posterior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.14	1	3.3	3.3	3.3
	3.43	1	3.3	3.3	6.7
	3.71	1	3.3	3.3	10.0
	3.86	4	13.3	13.3	23.3
	4.00	8	26.7	26.7	50.0
	4.14	3	10.0	10.0	60.0
	4.29	1	3.3	3.3	63.3
	4.43	4	13.3	13.3	76.7
	4.57	4	13.3	13.3	90.0
	4.71	2	6.7	6.7	96.7
	4.86	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para la etapa Posterior, se muestra que el 76.70% de los encuestados tienen un Índice Resultante Promedio dentro del rango comprendido entre 3.14 y 4.43, mientras que el 23.30% restante se ubicó entre 4.57 y 4.86 respectivamente.

Tabla 30. BDI-II en etapa Posterior

BDI-II

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	1	3.3	3.3	3.3
	4.00	5	16.7	16.7	20.0
	5.00	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento BDI-II en la etapa Posterior, se obtuvo que el 100.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 a 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, la totalidad de los pacientes presentaron un estado posterior de depresión de muy leve a mínima.

Tabla 31. Hamilton en etapa Posterior.

Hamilton

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	1	3.3	3.3	3.3
	4.00	9	30.0	30.0	33.3
	5.00	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento Hamilton en la etapa Posterior, se obtuvo que el 100.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 a 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, la totalidad de los pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad de moderada a normal.

Tabla 32. HADS (Depresión) en etapa Posterior.

HADS (Depresión)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	12	40.0	40.0	40.0
	4.00	14	46.7	46.7	86.7
	5.00	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento HADS (depresión) en la etapa Posterior, se obtuvo que el 86.70% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 13.30% muestran un índice de 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 30 pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad de consideración a normal.

Tabla 33. HADS (Ansiedad) en etapa Posterior.

HADS (Ansiedad)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2.00	7	23.3	23.3	23.3
	3.00	9	30.0	30.0	53.3
	4.00	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento HADS (ansiedad) en la etapa Posterior, se obtuvo que el 53.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 2.00 y 3.00, mientras que el 46.70% muestran un índice de 4.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 30 pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad de consideración a normal.

Tabla 34. BAI en etapa Posterior.

BAI (Ansiedad)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	1	3.3	3.3	3.3
	4.00	14	46.7	46.7	50.0
	5.00	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento BAI en la etapa Posterior, se obtuvo que el 50.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 50.00% muestran un índice de 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 15 pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad mínima.

Tabla 35. PCL-5 en etapa Posterior.

PCL-5 (Estrés)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	2	6.7	6.7	6.7
	4.00	17	56.7	56.7	63.3
	5.00	11	36.7	36.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento PCL-5 en la etapa Posterior, se obtuvo que el 63.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 36.70% muestran un índice de 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 30 pacientes presentaron un estado posterior de estrés de consideración a normal.

Tabla 36. Rosenberg en etapa Posterior.

Rosenberg

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3.00	9	30.0	30.0	30.0
	4.00	13	43.3	43.3	73.3
	5.00	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Para el instrumento Rosenberg en la etapa Posterior, se obtuvo que el 73.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 26.70% muestran un índice de 5.00. Esto indica que, de acuerdo con los criterios de evaluación, 30 pacientes presentaron un estado posterior de autoestima de media a alta.

Comparación en etapas Preliminar y Posterior en tablas 37 y 38.

Tabla 37. Estadísticos en etapa Preliminar

Estadísticos. Etapa Preliminar

N	Válido	30
	Perdidos	0
Moda		1.86
Rango		2.29
Mínimo		1.14
Máximo		3.43

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 38. Estadísticos en etapa Posterior.

Estadísticos. Etapa Posterior

N	Válido	30
	Perdidos	0
Moda		4.00
Rango		1.72
Mínimo		3.14
Máximo		4.86

Fuente: Elaboración propia.

Las tablas 37 y 38 permiten contrastar los resultados, mostrando que en la etapa Preliminar los valores del Índice Resultante Ponderado son inferiores con respecto a la etapa Posterior, lo cual muestra un efecto positivo con la aplicación del modelo de intervención Alianza para los pacientes de 19 a 25 años con sintomatología clínica de depresión y sus factores asociados: ansiedad, estrés severo y autoestima disminuida. Para dar mayor énfasis en estos resultados, se muestra la siguiente tabla que muestra la interpretación en ambas etapas.

Tabla 39. Comparativo Preliminar Vs Posterior.

Instrumento	Etapa Preliminar		Etapa Posterior	
	Resultado	Interpretación	Resultado	Interpretación
BDI-II	90.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado 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 encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 a 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de depresión de muy leve a mínima.
Hamilton	83.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 16.70% muestra un 4.00	25 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de muy severa a moderada.	100.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 a 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad de moderada a normal.
HADS-I (depresión)	100.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 y 2.00	30 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de severo a consideración.	86.70% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y	30 pacientes presentaron un estado posterior de depresión de consideración a normal.

			4.00, mientras que el 13.30% muestran un índice de 5.00	
HADS-II (ansiedad)	96.70% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 2.00, mientras que el 3.30% muestra un 3.00	30 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de severo a consideración.	53.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 2.00 y 3.00, mientras que el 46.70% muestran un índice de 4.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de ansiedad de consideración a normal
BAI	90.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 10.00% muestra un índice de 4.00 y 5.00	27 pacientes presentaron un estado inicial de ansiedad de muy grave a moderada.	50.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 50.00% muestran un índice de 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de moderada mínima.
PCL-5	80.00% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 1.00 a 3.00, mientras que el 20.00% muestra un índice de 4.00	24 pacientes presentaron un estado inicial de estrés de caso a consideración.	63.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00,	30 pacientes presentaron un estado posterior de estrés de consideración a normal.

			mientras que el 36.70% muestran un índice de 5.00	
Rosenberg	83.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 2.00 y 3.00, mientras que el 16.70% muestra un índice de 4.00 y 5.00	25 pacientes presentaron un estado inicial de autoestima de muy baja a media.	73.30% de los encuestados tienen un Índice Resultante Ponderado de 3.00 y 4.00, mientras que el 26.70% muestran un índice de 5.00	30 pacientes presentaron un estado posterior de autoestima de media a alta.

Fuente: Elaboración propia.

La prueba de hipótesis realizada, de acuerdo con los datos obtenidos durante la aplicación de los instrumentos de medición, muestra el siguiente resultado:

Hipótesis:

H0: Los pacientes que muestran un índice resultante ponderado mayor a 3.80 en la etapa Posterior de acuerdo con la aplicación del modelo, no presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

H1: Los pacientes que muestran un índice resultante mayor a 3.80 en la etapa Posterior de acuerdo con la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

Datos:

μ = 3,80

n = 30

$\bar{x}$ = 4,17

σ = 0,39019

α = 5%

H0 : μ = 3,80

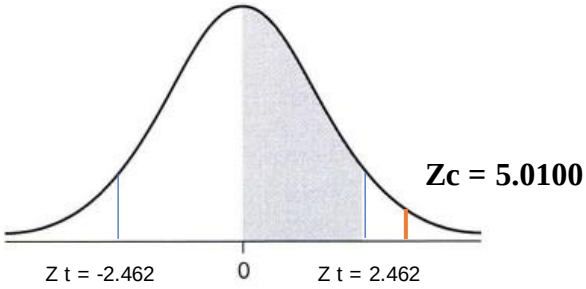
H1 : μ > 3,80

Fórmula:

$$z = \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Z c = 5.0100

Gráfica:



Interpretación:
Se rechaza la hipótesis nula debido a que los pacientes con un I.R.P. de 3.80 en la etapa posterior con la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

Figura 2. Prueba de Hipótesis

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 40. Estadística para una muestra.

Estadísticas para una muestra

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

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 41. Prueba para una muestra.

Prueba para una muestra

Valor de prueba = 3.8

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

Fuente: Elaboración propia.

Una vez abordada la metodología cuantitativa, se establece el proceso para recolectar datos de manera cualitativa que permitan comprender la naturaleza del fenómeno de estudio. De acuerdo con Morales (2015), “en el proceso de analizar y comprender la complejidad propia del fenómeno a estudiar confluyen varios aspectos de diferente naturaleza”. Según el autor, la visión del mundo y los intereses del investigador permitirán acercarse a los hechos. Se trata de definir la forma de pensar la realidad social y de estudiarla (Strauss y Corbin, 1998 citados por Morales, 2015).

De acuerdo con Glaser y Straus (1967) citados por Morales (2015), es necesario aplicar una visión más fresca para abordar temas que no disponen de teorías formales o sustanciales. Por tal motivo, la Teoría Fundamentada ofrece la posibilidad de aproximarse a la realidad social de forma diferente. Glaser y Strauss la definen como “una aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno”.

Para Morales (2015), “la teoría fundamentada exige identificar categorías teóricas que son derivadas de los datos mediante la utilización de un método comparativo

constante". Según el autor, "se trata de comparar contenidos de diversos episodios de entrevistas o de observación con los conceptos teóricos nacientes del esfuerzo de identificar los temas fundamentales". Para Glaser y Strauss (1967), esta metodología cualitativa permite notar las diferencias y las similitudes de los datos, conduciendo a la derivación de categorías teóricas que pueden ayudar a comprender el fenómeno de estudio.

De acuerdo con Anells (1996) citado por Morales (2015), el objetivo de la Teoría Fundamentada es producir interpretaciones que permitan explicar y proporcionar información valiosa sobre aquellos cuyas conductas son sometidas a estudio. Para Bryant (2002) citado por Morales (2015), "las acciones humanas se basan en los significados que los actores consideren apropiados; estos significados se derivan de la interacción social con los demás; los significados son construidos/modificados por los actores a través de interpretaciones y experiencias sociales".

Para este caso, la recopilación de datos se realizó mediante la información obtenida en las entrevistas a profundidad para cada uno de los sujetos de estudio. El resultado se muestra en la Tabla 42.

Tabla 42. Información derivada de entrevistas aplicadas.

No.	Edad	Problemática (Estado emocional al ingreso)	Motivo de consulta	Síntomas	Estado emocional al término
1	19 M	"Me he sentido muy mal porque no sé cómo resolver mis problemas; estoy fastidiada. Me espanto muy fácil de cualquier cosa, hasta del despertador, tengo miedo y no sé por qué… además se me cae horrible el cabello y me hace ver horrible… debo mucho dinero y he pensado que tal vez la salida más fácil es quitarme la vida" (sic. Px. 1.). -Hipertensión	"Intentar, a ver si puedo sentirme mejor" (sic. Px. 1).	Tristeza Pesimismo Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo Aumento de peso Mucha hambre todo el tiempo	"Me siento mejor, hablar de mis problemas me ayudó a ver que no estoy sola, que mi familia me puede apoyar y no tengo por qué cargar sola con todo porque además el dinero yo no lo pedí sola… creo que soy capaz de hablar para poder resolver los problemas y también ver si de verdad son sólo míos… no me voy a quitar la vida, yo quiero entrar a la universidad y mejorar… el cabello se me cae menos y ya no tiemblo, me permito más, soy menos severa conmigo, creo que estaré bien" (sic. Px. 1).

				Caída de cabello importante Insomnio	
2	22 M	“No tolero que nadie me diga que soy bonita, siento muy feo y me enojo mucho… suelo alejarme de todos, creo que ya no le caigo bien a nadie, no me gusta que nadie me vea comer, si hay gente mejor no como… yo sólo quiero dormir, dormir para siempre… recuerdo todo de lo que pasó cuando tenía 4, yo tuve la culpa por seguir jugando (abuso sexual a los 4 años por una de sus primas) ya no quiero hacer nada en ocasiones pero a la vez sí quiero arreglar las cosas con mis amigas por una pelea que tuvimos y me dejaron de hablar (sic. Px. 2).	“Ya no sentirme tan mal, tan enojada, tan aislada” (sic. Px. 2).	Tristeza Pesimismo Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Inapetente Baja de peso en semanas pasadas Sensación de torpeza Entumecimiento Temblor en manos y piernas Incapaz de relajarse Latidos del corazón fuertes y acelerados Con temor a que ocurra lo peor Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	“Estoy mejor, sé que tengo cosas buenas, soy buena persona, soy muy buena dibujante, mis dibujos son geniales, sé que puedo hablar para intertar resolver las cosas y si no se arreglan, sabré que lo intenté… no puedo obligar a nadie a quererme y aceptarme, pero estaría mejor si dejo de huir… ya no he llorado, las sensaciones feas se fueron casi por completo y no tiemblo, aun tengo un poco de miedo pero creo que puedo con eso” (sic. Px. 2).

3	25 H	“Descubrí a mi novia con otra persona, trabajamos juntos y vi cómo alguien la tomaba de la mano y ella se dejaba y se veía feliz… no supe qué hacer y sólo lloré… ahora en el trabajo me ven raro porque algunos se dieron cuenta y eso me hace sentir muy mal, con muchos sentimientos y no sé qué hacer, quisiera ya no ir a trabajar…, me siento muy torpe y sin poder actuar, me duele el estómago… esta sensación me recuerda a cuando mi mamá se volvió a casar; ese día yo me caí y fue grave, sangré y ella no fue a verme, me dejó solo, me abandonó” (sic. Px. 3).	“Sentirme mejor, si ella ya no quiere estar conmigo yo debo entender y seguir con mi vida” (sic. Px. 3).	Tristeza Autocrítica Llanto Agitación Indecisión Devaluación Sensación de torpeza Entumecimiento Temblor cuerpo Dificultad en relajarse Latidos del corazón fuertes y acelerados Dolor estomacal Hormigueo Con temor a que ocurra lo peor Nervioso Con sensación de ahogo Con miedo	“He podido accionar, siento que puedo valorarme más… lo que hacen los demás no tiene que ver necesariamente conmigo, yo tengo cualidades y errores como todos, sé que soy valioso… no me he sentido nervioso y regresaré a nadar, ya lo decidí” (sic. Px. 3).
4	25 H	“Me he sentido ansioso y	“Sentirme bien, estar mejor	Tristeza Desesperanza	“Es increíble cómo trabajar con algo

		bastante triste… tuve una separación de mi exnovia y no puedo dejar de pensar en eso todos los días desde que pasó, me siento muy culpable por todo lo que pasó, creo que no merezco estar bien" (sic. Px. 4).	conmigo, superar lo que ha pasado con mi exnovia" (sic. Px. 4).	Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Insomnio Agitación Indecisión Devaluación Desinterés en el sexo	que pasó hace mucho, pudo mejorar lo que sentía hace poco, me siento mejor y tengo esperanza al futuro, puedo ver que tengo responsabilidades y no culpas, me siento mucho menos ansioso y puedo ver que todo mejorará, ya está mejorando" (sic. Px. 4).
5	23 H	"Dejé de tener fe en mí, pero es algo que me cuesta mucho siquiera pensar, la verdad miento bastante, me siento mal y no creo lo suficiente en mí… cada que tengo un fracaso me deprimo aunque no lo demuestre… me he dado cuenta que voy dejando todo a medias y eso me estanca en la tristeza… mi novia se fue de intercambio y me siento abandonado, y eso me hace sentir muy mal" (sic. Px. 5).	"Quiero salir adelante, ya no quiero mentir con mis emociones, quiero demostrar que estoy bien porque en verdad me sienta bien" (sic. Px. 5).	Tristeza Culpa por errores pasados Pérdida de placer Autocrítica Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de torpeza Incapaz de relajarse Latidos del corazón fuertes y acelerados Con temor a que ocurra lo peor Nervioso Con sensación de bloqueo Con miedo	"No recordaba que mi mamá nos dejó a mí y a mi hermano en una central camionera, así me sentía, como ese día y durante estas sesiones fue peor… ahora me siento mucho mejor, tengo esperanza, me tengo a mí, no me he sentido triste pero sí como nostálgico, supongo que habrá tenido sus razones para hacer lo que hizo… mi novia y yo estamos bien, aunque sea a la distancia" (sic. Px. 5).

6	23 H	“Tengo fuertes discusiones con mi pareja porque se me dificulta respetar sus límites personales; pero es porque le encontré siéndome infiel… tengo mucha inseguridad y necesito ver su celular… tengo mucha dificultad en controlar mis impulsos, estoy muy triste todo el tiempo y creo que se me nota en la cara porque todos me lo dicen” (sic. Px. 6).	“Quiero sentirme mejor, ya no triste e inquieto, ya no tan inseguro creyendo que no soy importante, ni interesante, atractivo o valioso, quisiera pensar que sí importo, y sentirme bien” (sic. Px. 6).	Tristeza Culpa por errores pasados Pérdida de placer Autocrítica Indecisión Irritabilidad Devaluación Desinterés Cansancio Desagrado por sí mismo Cambios en el apetito Sensación de torpeza Incapaz de relajarse Latidos del corazón fuertes y acelerados Con temor a que ocurra lo peor Nervioso Con sensación de bloqueo Con miedo	“Me siento con mucho cambio, puedo ver las cualidades que tengo que no podía ver, aprendí que no puedo ser responsable de lo que los demás hacen, sólo de lo que yo hago… me critico mucho menos, he podido tomar decisiones tomándome en cuenta a mí y mis emociones y no por los otros.. y mis emociones están mucho más tranquilas, dejó de invadirme la tristeza y la ansiedad” (sic. Px. 6).
7	20 M	“Vengo porque creo que ya tengo que hablar de lo que pasó… pensé que si no lo pensaba no me haría daño (abuso sexual a los 6 años) pero, hace un par de semanas me acosaron en el metro, un tipo se me pegó todo y me tocó,	“Ya no quiero sentirme sucia, ni mal, estoy muy cansada pero no me había dado cuenta hasta que pasó lo del metro, he pensado si es mejor ponerle un punto final a esto que me pasa, si muero sería una solución” (sic. Px. 7).	Tristeza Pesimismo Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación	“No sé cómo pasó pero me siento mil veces mejor, no lo puedo creer, es raro no sentir a mi muerto encima, pero se siente bien; he sonreído, tengo más energía, he podido disfrutar de cosas como tomar café, incluso me saben mejor los alimentos, es muy curioso, creo que nunca me había sentido así de bien,

		yo me quedé fría, estática y no pude defenderme ni gritar ni nada, parecía que me estaba dejando y me siento pésimo por eso" (sic. Px. 7).		Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Inapetente Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo Problemas gastrointestinales Insomnio	supongo que desde que era niña" (sic. Px. 7).
8	21 M	"Tengo muchos problemas por mi actitud, la gente no entiende que estoy cansada… nadie me cree… tiene años que no veía a mi papá porque él nos abandonó y luego se murió de COVID y no me pude despedir… lo odio… pero también lo quiero y me da mucho coraje que no me haya ido a ver pero me hubiera	"Intenté suicidarme ya, una con mis pastillas que me dieron para la depresión y otra vez quise saltar del balcón, pero no me atreví; quiero ver si esto funciona para dejar de sentirme miserable" (sic. Px. 8). -se reporta una "extrema sensibilidad a "todo": los aromas (todo huele mal), el tacto (la ropa pica o molesta,	Tristeza Pesimismo Culpa por errores pasados Sentimiento de castigo Autocrítica Pensamientos suicidas Irritabilidad severa Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Discusiones frecuentes con todos Problemas de conducta (dificultad en seguir las normas y reglas)	"Me siento mejor que antes, no he tenido golpes de calor, y me siento con ganas, con energía; sé que yo puedo hacer diferente las cosas y que hablar no está mal, estoy haciendo más cosas por mí, mis ejercicios de respiración y aprendiendo a cuidarme; estoy ahora con ganas de hacer cosas; me siento más en paz con mi papá… no me había dado cuenta de que dejé de usar gorra y lentes para el sol; si hace frío me dejo

		gustado despedirme de él y nadie me cree que me siento muy mal por eso porque como ya no lo veía… y por si fuera poco, su papá, mi abuelo, abusó de mí y piensan que no es cierto, dicen que cómo no me quité" (sic. Px. 8).	si hay un rose con una persona o cosa es muy molesto o doloroso); al gusto (los alimentos saben mal), la vista (la luz del sol molesta demasiado y algunos colores son molestos), y el oído (los sonidos son muy molestos y no se toleran).	Golpes de calor varias veces día y noche Hipersensibilidad Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Miedo a la oscuridad Nerviosa Con sensación de ahogo Con miedo Hipersomnia Fumar en exceso Beber en exceso	el suéter y he comido mejor" (sic. Px. 8).
9	24 M	"Un señor me acosa fuera del lugar donde trabajo, me espera y tengo mucho miedo pero siento que me quedo muda cuando lo veo, me siento tan mal que ya no quisiera ir, ni salir de mi casa… me siento mal muy mal, sin fuerza, con miedo, tan indefensa que me quisiera morir, que no tengo derecho" (sic. Px. 9).	"Sentir que me puedo defender" (sic. Px. 9).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Sentimiento de castigo Pensamientos suicidas Irritabilidad severa Agitación severa Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo	"Me he desbloqueado, pude pedir ayuda en mi empresa acerca del tipo que me esperaba, mi jefe nos está dando transporte hasta el metro; eso me ha hecho sentir mucho mejor, más fuerte, que tengo voz para gritar, piernas para correr; noto que estoy alegre a veces, como hace mucho no lo estaba" (sic. Px. 9).

		(Evento de abuso sexual a los 11 años).		Con sensación de ahogo Con miedo	
10	20 M	“Me siento inútil, que no sirvo, triste, indefensa, tonta, sin poder tomar decisiones, torpe, con mucha ansiedad… vomito cuando tengo que hacer algo que me da miedo… llevo 3 años intentando hacer los exámenes para entrar a la universidad y ni siquiera puedo empezarlos o terminarlos, me bloqueo y me pongo muy mal y ya no los hago” (sic. Px. 10). (Intento de abuso hace 3 años).	“Necesito desbloquearme, ya no me quiero sentir inútil, que no sirvo, quiero parar de llorar y de sentirme así” (sic. Px. 10).	Tristeza Pesimismo Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de inutilidad Sensación de torpeza Entumecimiento Temblor en cuerpo Incapaz de relajarse Latidos del corazón fuertes y acelerados Con temor a que ocurra lo peor Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo intenso	“Me siento muy bien, es como si lo que pasó estuviera muy muy atrás, Aún me dan un poco de nauseas al hacer cosas que me ponen nerviosa pero lo estoy logrando, estoy súper feliz de entrar a la escuela y no me dejaré ni a mí ni a nadie desaprovechar esto que conseguí” (sic. Px. 10). Durante el proceso logra hacer examen y queda seleccionada en la UAM, en la carrera que quería.

11	25 H	“Me siento muy triste y enojado conmigo, con culpa, mucha culpa, con desprecio hacia mí… mi pareja se realizó un aborto y creo que no puedo superarlo” (sic. PX. 11).	“Superar lo que pasó, dejar de sentirme triste en todo momento” (sic. Px.. 11).	Tristeza Culpa por errores pasados Sentimiento de castigo Autocrítica Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Discusiones frecuentes con pareja Con temor a que ocurra lo peor Asustado Nervioso Con sensación de ahogo Con sensación de bloqueo	“Nostálgico pero bien, puedo ver las cosas más claras y aunque no me gustaron, considero que en adelante no ocultaré mis sentimientos, aprenderé de esto” (sic. Px. 11).
12	21 M	“Siento culpa, rabia, me siento indefensa, que no valgo, desgraciada, muy cansada, quiero morirme pero ya lo intenté y tampoco funcionó” (sic. Px. 12). Violencia física, verbal, psicológica y abuso sexual continuado por 6 seis años por parte de su hermano, a partir de sus 7 años.	“Me salí de mi casa porque ya no aguanté… sé que necesito ayuda, no voy a poder yo sola con todo esto” (sic. Px. 12).	Tristeza Desamparo Pesimismo Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo	“Conseguí trabajo, he podido dormir, tengo menos pesadillas y mi pancita ya acepta comidita, vamos bien, sé que falta mucho pero creo que podría ser feliz” (sic. Px. 12).

		3 intentos de suicidio. Llega en crisis.		Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	
13	24 M	“Estoy pasando por abuso psicológico por parte de la supervisora… me siento estúpida, que no sé hacer las cosas aunque sé que sí las he hecho; cuando me grita la señora esa siento paralizarme, tengo mucho coraje e inseguridad” (sic. Px. 13).	“Necesito ayuda con mis emociones, para no dejar que me pasen por encima sin decir nada, como si no valiera” (sic. Px. 13).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo misma Autocrítica Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo intenso	“Me siento inteligente y con movimiento; he estado tranquila, hasta contenta, puedo ver un cambio grande” (sic. Px. 13).
14	25 H	“No gasto nada de lo que gano para ahorrar y	“Tal vez sí estoy exagerando al	Tristeza Pesimismo	“Me siento mucho más tranquilo, creo que sí tenía que

		no quedarnos sin dinero, pero mi mujer dice que exagero demasiado porque me molesto mucho cuando compra comida, estoy muy enojado no sé por qué o triste tal vez, lo que sé es que no soy como antes… no tener trabajo durante la pandemia y dinero para comida me tiene aún con miedo, y mucha tristeza, me siento desamparado" (sic. Px. 14).	no querer gastar nada pero de sólo recordar la pandemia y que no tenía trabajo, no puedo con eso" (sic. Px. 14).	Pérdida de placer Autocrítica Llanto fácil Agitación Devaluación Desinterés Cansancio Insomnio Con temor a que ocurra lo peor Asustado Nervioso Con sensación de ahogo Con miedo intenso	trabajar mi trauma de quedarme sin dinero… ya no he estado triste o pesimista, he dormido mejor, estaremos bien" (sic. Px. 14).
15	21 M	"He bajado cañón mi rendimiento en las competencias; me siento una basura, que no sirvo, cómo puede ser que de ser campeona ahora rebase mis tiempos… soy una inútil, me bloqueo en la alberca y ya no puedo, es como mucho cansancio y me siento asustada	"Ya no me quiero sentir así de mal" (sic. Px. 15).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo misma Pensamiento suicida Autocrítica Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas	"Ahí la llevo, como que puedo ver la luz, sé que quiero seguir nadando y me he comprometido nuevamente a entrenar como se debe, siento que tengo más energía y aunque me siento nerviosa a veces, ya no tiemblo" (sic. Px. 15).

		por lo que pasará; ya no tengo ganas de nada me quiero morir" (sic. Px. 15). Cutting en brazos		Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	
16	25 M	"Me cuesta mucho darle continuidad a las cosas, no termino nada y eso me hace sentir muy triste y que se me vayan las ganas de todo, sólo quiero dormir" sic. Px. 16). (Antecedente de Abuso Sexual y Maltrato Psicológico). Dx. Delirio primario erotomaniaco, con tratamiento psiquiátrico.	"Ya no sentirme así, ver si puedo conseguir mis objetivos" (sic. Px. 16).	Tristeza Pesimismo Desagrado consigo misma Autocrítica Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	"Estaba bloqueada por lo que me pasó, ese era el miedo que sentía, el bloqueo; no sé si ya se quitó por completo pero conseguí trabajo y pienso y darme la oportunidad" (sic. Px. 16).
17	21 H	"Me han repetido tantas veces que soy malo que creo que sí lo soy" (sic. Px. 17).	"Hago cosas de las cuales me arrepiento mucho y quiero dejar de hacerlo porque me siento muy mal por eso" (sic. Px. 17).	Tristeza Pesimismo Desaliento Culpa por errores pasados Desagrado consigo mismo Autocrítica Agitación Indecisión	"No soy lo que dicen que soy pero sí estuve actuando para satisfacer a los que me lo decían aunque eso no me hiciera feliz ni sentirme bien; estoy decidiendo hacer las cosas a

				Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo	mi modo, he dejado de sentirme triste, estoy con más ánimo y tengo ganas de hacer cosas nuevas, me estoy empezando a gustar y a quererme" (sic. Px. 17).
18	23 M	"He sido muy pasiva y tonta siempre, pero ahora ya estoy cansada de esto… he tenido problemas últimamente por eso y me siento muy triste y como que algo no cuadra, tengo miedo no sé de qué… Me siento tonta, ignorante, sin valor, triste" (sic. Px. 18). Antecedente: Abuso sexual (14 años), maltrato físico y verbal.	"Quiero sentirme mejor" (sic. Px. 18).	Tristeza Pesimismo Desagrado consigo misma Autocrítica Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo Desinterés en el sexo	"Después de las sesiones me sentí diferente, con ánimos, veo que no soy tonta, puedo ver que tengo muchas cualidades que no aceptaba; estoy tranquila con eso y me siento con ganas de hacer nuevas cosas con mi tiempo y no sólo dárselo a los demás; la sensación de miedo bajó de un 9 a un 0, estoy muy satisfecha" (sic. Px. 18).
19	19 H	"Lo que me pasa a mí es que tengo mucha flojera para todo, y quiero saber si eso es normal porque creo	"Saber si es normal mi desánimo y mi flojera" (sic. Px. 19).	Pesimismo Desagrado consigo mismo Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza	"Me siento con más energía después de sacar muchas cosas que ni sabía que tenía, creo que la tristeza me estaba echando para abajo; tengo ganas de cosas

		que no” (sic. Px. 19). Antecedente de maltrato verbal e Indiferencia		Asustado Nervioso Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo Desinterés en el sexo	nuevas, he pensado en meterme al gym” (sic. Px. 19).
20	23 H	“Tuve una separación problemática de mi pareja… me siento una mierdx así como me dijo ella que era, estoy muy triste y lloro mucho, me siento tirado, sin interés de nada y sobre todo muy cansado y bloqueado sin poder pensar en otra cosa” (sic. Px. 20).	“Necesito superar esto que me parte, que me tiene en el piso” (sic. Px. 20).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo mismo Autocrítica Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	“Puedo ver que sí tengo cosas buenas, estoy más tranquilo, no me he sentido torpe, al contrario, he sentido que puedo hacer bien varias cosas, yo cre que voy a estar mejor” (sic.Px. 20).
21	22 M	“Tengo mucha dificultad en gastar, siento que comprar cualquier cosa es algo que no está bien, y me cuesta mucho trabajo decidir cuando llego a comprar lo necesario, eso me hace sentir	“Me siento inadecuada en todos mis contextos y quiero dejar de sentirme así” (sic. Px. 21).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo misma Autocrítica Irritación severa Llanto Indecisión Devaluación Desinterés	“Estoy más integrada, mucho menos triste, tal vez más bien nostálgica en ocasiones; he podido convivir con mis compañeras y eso me hace sentir muy bien, la semana pasada me compré un sándwich en la

		muy triste porque parece que soy una miserable coda… Me siento fuera de lugar, indecisa, con miedo, inadecuada, triste" (sic. Px. 21). Antecedente de pobreza (sin dinero para comer en su casa en la niñez)		Sensación de Inadecuación Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	calle y lo disfruté, eso es algo que nunca había hecho, comprarme sin sufrir" (sic. Px. 21).
22	23 H	"Tuve un accidente, me dio un infarto cerebro vascular, desde ahí la recuperación ha sido tormentosa, me siento torpe, un bueno para nada, sólo tengo desesperanza y preferiría morir poque no volveré a ser productivo" (sic. Px. 22).	"Sentirme mejor y con más esperanza para poder hacer mis terapias y salir adelante" (sic. Px. 22).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo mismo Culpa Autocrítica Llanto fácil Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Asustado Ruborizado Golpes de calor Nervioso Con sensación de bloqueo Sensación de vacío en estómago Con miedo	"Me he sentido mucho mejor, no tuve la culpa de lo que me pasó, per sí estoy aprendiendo a cuidarme más y voy a ir aprendiendo a hacer nuevas cosas que ahora no sé o no puedo hacer" (sic. Px. 22).

23	19 H	“Tengo desesperanza y recuerdos muy desagradables del maltrato que sufrí, lo sé porque desconfío de todos, pienso que todos quieren abusar de mí de alguna forma, aprovecharse… estoy traumado, con muchos recuerdos de mi infancia y de cómo me castigaban y golpeaban, me siento triste y desgraciado, sin amor y con miedo” (sic. Px. 23).	“Dejar de recordar todo de lo que me acuerdo” (sic. Px. 23).	Tristeza Pesimismo Desagrado consigo mismo Autocrítica Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Asustado Nervioso Con sensación de ahogo Con miedo Caída de cabello Entumecimiento en extremidades	“La tristeza se fue, no puedo creer que yo venía a olvidarlo y más bien lo recordé bien para poder supongo que acomodarlo; dejé de sentirme torpe y asustado, me siento tranquilo” (sic. Px. 23).
24	22 H	“Tuve un secuestro exprés y desde ahí todo se ha ido para abajo” (sic. Px. 24). Abuso en el mismo secuestro.	“Necesito dejar de estar así porque últimamente la única opción que se me cruza es suicidarme” (sic. Px. 24).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo mismo Autocrítica Irritabilidad severa Pensamiento suicida Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Sensación de letargo Problemas gastrointestinales Cansancio	“Es fantástico sentirme diferente, tenía que trabajar en esto, si hubiera sabido que sería así, lo hubiera hecho hace mucho, me siento con esperanza y con confianza, el miedo bajó considerablemente, me considero un caso de éxito, aunque sé que todavía me queda por trabajar” (sic. Px. 24).

				Sudor exacerbado Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustado Nervioso Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	
25	24 M	“Continúo recordando la pandemia, fue muy difícil y agotador… Me siento con mucho miedo, estoy muy triste, lloro mucho y luego me critico por eso, porque ya pasó pero en mí no ha pasado, estoy sin poder moverme, es como si fuera una niña tonta que no ve que ya pasó” (sic. Px. 25).	“Ya estoy cansada de sentirme con miedo, espero que esto me ayude” (sic. Px. 25).	Tristeza Llanto fácil Pesimismo Pérdida de placer Autocrítica Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Sensación de torpeza Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	“Estoy muy bien, no sé cómo pudo suceder tan rápido, es como si mi visión del mundo cambiara, estoy con ánimo y el miedo y la tristeza bajó demasiado” (sic. Px. 25).
26	25 M	“Tengo demasiado estrés por mi trabajo y creo que ya sobrepasó todos los límites, hace un mes pensaba	“Sé que necesito ayuda con esto, me quiero sentir mejor” (sic. Px. 26).	Tristeza Desamparo Pesimismo Autoexigencia alta Pérdida de placer Desagrado consigo misma	“Estoy mejor, mucho mejor, he podido tomar decisiones que tenía que hacer ya, metí mi CV a otra empresa y me llamaron ya, dejar donde estaba ha

		en cruzarme la calle para que me atropellaran" (sic. Px. 26). Antecedente de maltrato físico, verbal y psicológico.		Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Nerviosa	sido un buen cambio porque ya era demasiado y estaba olvidada de mí; me siento mucho más tranquila y con ganas de lo nuevo, sin ansiedad pero con poquitos nervios, ya no lloro" (sic. Px. 26).
27	22 M	"Intentaron secuestrarme hace dos meses y desde ahí no he podido estar, ese día pensaba mejor estrellarme en el carro antes de que me agarraran… me siento temblando al pensar en salir, lloro por todo, me siento incompetente para cuidarme o cuidar a mi sobrino y tampoco quiero que salga nadie de la casa; me noto con muchas críticas hacia mí, todo el tiempo tengo miedo y pienso que todo va a	"Quiero sentirme mejor para poder hacer mis cosas como trabajar o bañarme porque ya ni eso, estoy muy miedosa, muy mal" (sic. Px. 27).	Desamparo Pesimismo Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustada Nerviosa	"Me siento mucho mejor, creo que tuve que haber hecho esto antes; sé que me cuidé y salvé mi vida, puedo confiar más en mí; puedo ver con mayor optimismo el futuro" (sic. Px. 27).

		salir mal y nos van a matar, pienso en si hubiera sido mejor morir ese día, si sería lo mejor ahora para no sentirme así" (sic. Px. 27).			
28	23 M	"Me siento lo peor, sé que he hecho cosas muy malas como drogarme… me siento muy deprimida, no tengo ganas de nada más que de morirme, pero por ratos, cuando veo a mi hija, sí quiero estar bien… Consumo algunas drogas y he robado en mi casa, creo que todo empezó desde que mi papá se fue, él era el único que me quería, o eso pensaba, me he sentido sumamente triste y ansiosa" (sic. Px. 28). Sensación de abandono por parte de su padre	"Quiero estar mejor, después de todo esto, creo que ya fue suficiente" (sic. Px. 28).	Tristeza Desamparo Pesimismo Desinterés Culpa por errores pasados Pérdida de placer Sentimiento de castigo Desagrado consigo misma Autocrítica Pensamientos suicidas Llanto fácil Agitación Asustada Nerviosa Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Desinterés en el sexo Sensación de torpeza Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor	"Me he sentido mucho mejor, hasta hambre tengo y la comida me ha sabido rica, tiene tanto que no la disfrutaba; me han dejado ir por mi hija a la escuela y hemos jugado; ya estoy yendo al hospital y me tomo mis medicinas; tengo deseos de estudiar para estilista" (sic. Px. 28).

29	21 H	“Mi abuela se suicidó, no dijimos nada por el qué dirán y mi abuelo le pagó al de la ambulancia para que dijera que murió de un infarto, pero no… la verdad extraño mucho, me siento muy culpable por no haber estado con ella en ese momento… quisiera estar con ella… no como casi, he tenido creo que crisis de nervios en el trabajo, dolor de estómago, me siento temblar” (sic. Px. 29).	“Mi mamá me mandó porque dice que me ve mal, como se veía mi abuela” (sic. Px. 29).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo mismo Autocrítica Llanto fácil Crisis Pensamiento suicida Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Sensación de letargo Problemas gastrointestinales Cansancio Temblor en manos y piernas Con temor a que ocurra lo peor Asustado Nervioso Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo	“He logrado sentirme mucho mejor, han pasado muchas cosas en tan poco tiempo, me siento bien, de hecho muy bien que ni lo puedo creer, sé que lo que pasó no fue mi culpa y que yo no pude haber hecho nada, la extraño mucho pero también estoy tranquilo porque yo le demostré que la quería y estuve con ella” (sic. Px. 29).
30	25 M	“Me separé de mi esposo recientemente, tenemos una hija de 4 y he tenido muchas dificultades para pararme de la cama siquiera a darle cereal, no tengo energía… me siento sin energía, sin	“Me quiero sentir mejor para mí y para mi hija” (sic. Px. 30).	Tristeza Pesimismo Pérdida de placer Desagrado consigo misma Autocrítica Agitación Indecisión Devaluación Desinterés Cansancio Temblor en manos y piernas	“Me sentí muy bien después de todo el trabajo, tenía que trabajar en aceptar que se terminó con mi esposo y en ver lo que tengo para mí y para mi hija… he tenido más ánimo y hasta hemos jugado en el parque; la ansiedad se ha ido casi por completo, aún me siento

	ánimo, insegura, muy deprimida y ansiosa," (sic. Px. 30).	Con temor a que ocurra lo peor Con sensación de bloqueo Con sensación de ahogo Con miedo Asustada Nerviosa	nostálgica pero supongo que es normal" sic. Px. 30).

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 42 muestra el registro de las categorías establecidas como edad, género (M= Mujer, H= Hombre), estado emocional al ingreso; motivo de consulta; síntomas; y estado emocional al término. Esta recopilación de datos permite encontrar las diferencias y similitudes a efecto de comprender mejor el fenómeno de estudio, lo que derivó en lo siguiente:

Tabla 43. Factor asociado hallado.

Factor asociado hallado	Porcentaje	Porcentaje por género
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

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla, se observa que los sujetos de estudio muestran coincidencias en la problemática, motivo de consulta y síntomas, es decir, su estado emocional previo

a la intervención terapéutica tenía asociaciones con experiencias estresantes, experiencias adversas (algunas infantiles) y algunos con memorias traumáticas. Por otro lado, se trata de personas que buscan dar solución a su estado de salud emocional, tendiendo las expectativas de un resultado favorable para ellos.

Posterior a la intervención, se obtiene una incidencia positiva, toda vez que los sujetos manifiestan 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. Así mismo, es posible decir que durante la triangulación y análisis de la información cualitativa, se obtuvieron los siguientes porcentajes de factores asociados a la depresión: 36.66% presentaron pensamiento suicida previo al tratamiento, un 6.66% con intento suicida, una persona con autolesiones en brazos; 30% con antecedente de abuso sexual durante la niñez o reciente, de los cuales fueron 8 mujeres y 1 varón; 30% manifestaron experiencias infantiles adversas (memorias traumáticas); 33.33% que vivieron experiencias adversas-estresantes recientes, y un 6.66% con comorbilidad con hipertensión y con evento cerebral vascular. Lo anteror ha resultado del análisis de la información de las entrevistas realizadas durante la evaluación, así como dentro de las fases de desensibilización y reprocesamiento del tratamiento psicoterapétuico EMDR.

4.2 Discusión

Partiendo de que la salud mental individual “está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos” en la que influyen el estilo de vida, el estrés, las dificultades socioeconómicas, la violencia, el bajo nivel educativo y los factores de personalidad y factores psiológicos, genéticos, desequilibrios bioquímicos cerebrales y por supuesto el ambiente en el que se desarrollan las personas, que en conjunto provocan una mayor o menor vulnerabilidad a adquirir un trastorno mental (OMS, 2018), y de la gran brecha en salud mental que existe en nuestros tiempos, en el que la depresión ha significado un grave problema de salud pública, es que esta investigación aborda este problema intentanto ofrecer una alternativa para mejorar la salud mental, que toma en cuenta la integralidad en la depresión y la evidencia de nuevos paradigmas que suponen expectativas positivas para el mismo, ya que en los tratamientos ya existentes y aunque por supuesto cuentan con una efectividad media-moderada (Ministerio de Sanidad, 2018), el sistema sanitario es insuficiente ante la gran demanda que conllevan estos trastornos, aunado a que según un estudio de Alltmeyer, et al., (2022), ante las intervienenciones actuales, los pacientes pueden no experimentar una remisión completa en un 30% después del tratamiento, así como experimentar episodios recurrentes en un 75%.

El objetivo general de esta investigación ha sido diseñar un modelo terapéutico integral para tratar los trastornos depresivos y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza. La incidencia en trastornos depresivos en dicho centro, concuerda con las estadísticas

nacionales, que indican que el trastorno depresivo es frecuente en la población. De aquí es posible mencionar que un 13.33% de los participantes ya habían acudido a solicitar intervención psicológica y/o psiquiátrica en otros lugares públicos y privados, sin embargo consideraron un seguimiento complicado debido a la distancia con la que les agendaban sus citas y la terapia que les ofrecían, según sus discursos duraba unos 30 minutos aproximadamente, aunado a que el 100% de ellos mencionó tener efectos secundarios indeseables, por lo que habían decidido abandonar el tratamiento farmacológico.

Tras el análisis de los resultados de la tercera etapa en la que se llevó a cabo la aplicación de instrumentos, asignando una ponderación del 1 al 5 a los promedios de la suma de puntuaciones de cada uno de los inventarios y escalas, en donde 1 significaba síntomas clínicos de mayor gravedad, 2 síntomas clínicos de gravedad, 3 existencia de síntomas clínicos de consideración, 4 pocos síntomas de altibajos considerados normales, y 5 ausencia de síntomas depresivos. Resultó lo siguiente: Inicialmente se encontró que la ansiedad estuvo presente en un porcentaje importante de casos de depresión, con 27 personas que presentaron un estado inicial de ansiedad de muy grave a moderada y relacionándolo con 24 sujetos que presentaron un estado inicial de estrés de “caso a consideración”, en los que los factores estresantes se refirieron a las demandas cotidianas, así como las experiencias de índole traumático infantil o recientes, mismos que generaban ansiedad y depresión; el estrés no adaptativo causa síntomas fisiológicos molestos y puede dar pauta al crecimiento de la ansiedad y la depresión (Secretaría de Salud, 2014), e incluso alimentar creencias negativas propias, dañando la autoevaluación y por ende la autoestima, teniendo como base que la interpretación y comprensión

de las experiencias se basa en los esquemas personales que sirven para categorizar esos eventos, conformando y conservando selecciones de información atribuida a esos esquemas aun sean disfuncionales según Alford y Beck (1997; Carrasco, 2017).

Ligado a este antecedente, pudo observarse que 25 de un total de 30 sujetos, presentaron un estado inicial de autoestima de muy baja a media en las personas que cumplían criterios depresivos, mismo que pudo vincularse a creencias negativas que tenían de sí mismos derivadas de experiencias adversas y traumáticas que los llevaron a interiorzar esas cogniciones, tal como lo menciona el modelo Cognitivo Conductual que refiere que la suma de las representaciones que provienen de experiencias aversivas, crea pensamientos negativos acerca de sí mismo, a lo cual se atribuye el trastorno depresivo (Brewin, 1996; Carrasco, 2017), y lo que puede triangularse con el estudio de Vivar (2023), cuyos resultados de un análisis multivariado en estudiantes de medicina humana de ocho universidades de Latinoamérica, reflejaron variables asociadas a baja autoestima en depresión con niveles moderado-severo.

Como se ha visto, el trauma, puede estar presente en los trastornos depresivos, Orrego et al. (2020) compararon la prevalencia de trastornos mentales y las características sociodemográficas desde la perspectiva de eventos traumáticos, encontrando en su estudio un 61.1% para trastornos de ansiedad, 38.9% para depresión mayor, mismo que también puede verse en esta investigación en la cual se pudo observar la presencia de memorias traumáticas por abuso sexual en un 30%, otro 30% por experiencias infantiles adversas (memorias traumáticas). Agregando lo encontrado por Vitriol, et al. (2017), que confirma que experiencias

infantiles adversas constituyen el desarrollo de patologías mentales y problemas biomédicos que prevalecen en la adultez como 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, lo cual dejaría la necesidad de abordar el trauma en los episodios depresivos con una terapia acorde a esos temas.

Por otro lado, desde la perspectiva sistémica relacional que aporta un panorama integral, es decir, que abarca el contexto social, cultural, familiar, psicológico y biológico, y atribuye los síntomas depresivos como el resultado de las interacciones entre estos contextos mencionados, un trastorno sería "el síntoma de una disfuncionalidad mantenida por un sistema familiar", tomando como referencia a la familia como un sistema primario de desarrollo que fundamentan la personalidad (Linares, 2000; Páez y Peña, 2018), se encontró durante la fase del tratamiento que el 90% de los sujetos refirieron estar en familias con deficiencias en su dinámica de comunicación y que los vínculos afectivos y la red de apoyo carecían de apoyo, afecto y confianza, lo cual tendría sentido desde la perspectiva sistémica relacional.

Estévez, Ramos y Salguero (2015) definen el trasndiagnóstico como un enfoque integrador que pretende identificar los procesos psicológicos subyacentes a diferentes patologías; por tanto y desde esta vía, sería posible decir que los eventos traumáticos, las creencias, la ansiedad, la autoestima y el estrés, por mencionar algunos, son factores transdiagnósticos que coexisten en diferentes trastornos, en los cuales, en caso de ser intervenidos, podrían tener un efecto positivo en el diagnóstico, aportando una atención integrada al paciente, lo cual pretende el modelo de esta investigación que utiliza el abordaje psicoterapéutico EMDR, la

fitoterapia y la psicoeducación con diferentes temas como la nutrición, el ejercicio, las habilidades sociales, los vínculos y la asertividad por mencionar algunos, partiendo de la esencial alianza terapéutica.

Existen otras intervenciones terapéuticas para el manejo de la depresión además de las manejadas en las principales guías de salud, sin embargo y aunque no son las más comunes podrían traer pronósticos favorables para el paciente, sobre todo si se trata de una depresión asociada a trauma. El abordaje psicoterapéutico EMDR está diseñado para trabajar la desensibilización y el reprocesamiento de memorias que son traumáticas, cuenta con basta evidencia científica para el trabajo con Trastorno de estrés postraumático y por tanto se incluye en diversas guías internacionales: NICE (2018), OMS (2013), APA (2017), ISTSS (2016), Australian Psychological Society (2019), entre otras. Así también, aunque para la depresión la evidencia sigue en curso de desarrollo, también cuenta con estudios que confirman su eficacia: Hase et al., (2018); Behnammoghadam et al., (2015); Hase et al., (2015); Acarturk et al., (2016); Arabia et al., (2011); Wanders et al., (2008); Ehring et al., (2014), citados por Amman, et al., (2019). Lo anterior, puede vincularse a los resultados de esta investigación, en la cual, tras la desensibilización y reprocesamiento de creencias negativas y memorias traumáticas, logró verse una mejoría, que globalmente menciona lo siguiente.

Para la etapa Preliminar, se muestra que el 70.00% de los participantes tienen 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 respectivamente. Para la etapa Posterior, se muestra que el 76.70% de los encuestados tienen un Índice

Resultante Promedio dentro del rango comprendido entre 3.14 y 4.43, mientras que el 23.30% restante se ubicó entre 4.57 y 4.86 respectivamente.

Para contrastar los resultados, mostrando en la etapa Preliminar los valores del Índice Resultante Ponderado son inferiores con respecto a la etapa Posterior, lo cual muestra en un efecto positivo con la aplicación del modelo de intervención Alianza para los pacientes de 19 a 25 años con sintomatología clínica de depresión y sus factores asociados: ansiedad, estrés severo y autoestima disminuida que fueron tomados en cuenta dentro del tratamiento.

Estos resultados significan que en la etapa preliminar, con un promedio mínimo de 1.14 y máximo de 3.43, se encuentran dentro del rango comprendido de “síntomas clínicos de mayor gravedad” y “síntomas clínicos de consideración” de acuerdo a la ponderación asignada en cuanto a los propios criterios de las escalas e inventarios, teniendo que el mayor porcentaje de personas, se encontraba en un episodio depresivo, con síntomas de estrés severo, ansiedad de moderada a grave, y una autoestima disminuida. Por otro lado, en la etapa posterior se obtuvo un mínimo de 3.14 que hace referencia a síntomas que deben considerarse, y 4.86, que estando entre el 4 y 5, puede interpretarse como “pocos síntomas considerados normales” y “ausencia de síntomas depresivos” (Tabla 4 y 5).

La prueba de hipótesis realizada, de acuerdo con los datos obtenidos durante la aplicación de los instrumentos de medición, muestra el siguiente resultado:

H0: Los pacientes que muestran un índice resultante ponderado mayor a 3.80 en la etapa Posterior de acuerdo con la aplicación del modelo, no presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

H1: Los pacientes que muestran un índice resultante mayor a 3.80 en la etapa Posterior de acuerdo con la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

Tomando en cuenta lo anterior, se rechaza la hipótesis nula debido a que los pacientes con un IRP de 3.80 en la etapa posterior con la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición.

Por otro lado, dentro de la parte cualitativa de esta investigación se resume en una tabla que deja ver la comparación entre el Estado emocional (problemática) de ingreso versus Estado emocional al término del tratamiento (Anexo 2), mismo que muestra los discursos de las personas que recibieron el tratamiento, pudiéndose ver una mejoría en sus estados anímicos y que puede vincularse a una disminución de síntomas depresivos, una dismución de síntomas de ansiedad, una integración y lo que pareciera una adaptación acerca de memorias de índole traumátco en algunos caos, así como una mejoría en su autoestima, que se refleja en creencias positivas propias y una visión a futuro alentadora.

No obstante, también se encontraron tanto desde la parte cuantitativa en correlación con la cualitativa, que algunos sujetos regularmente con trauma infantil por abuso sexual y presencia de ansiedad grave, que los síntomas disminuyeron, sin embargo, no desaparecieron, lo que se consideraría como uno de temas a profundizar en futuras investigaciones.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La depresión, es un trastorno común que genera un impacto negativo que se ve reflejado en la funcionalidad y sentir de las personas. Aunque existen diversas guías para su tratamiento, las recaídas y recurrencia continúan, además de que los factores que sostienen a los síntomas, pueden no ser tomados en cuenta.

Partiendo de la necesidad de intervención ante esta problemática, surgió la pregunta general de esta investigación: ¿Cómo diseñar un modelo terapéutico integral para tratar la depresión y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza? con el objetivo, justamente de diseñar un modelo terapéutico integral. Para esto, se realizaron tres preguntas específicas: 1) ¿Cuáles son los modelos terapéuticos para tratar la depresión en jóvenes de 19 a 25 años?, 2) ¿Qué eficiencia, deficiencia o limitaciones presentan los esos modelos modelos terapéuticos actuales para tratar la depresión en jóvenes de 19 a 25 años?, y 3) ¿Qué hallazgos se han encontrado en el ejercicio de la psicoterapia en Centro PsicoAlianza, para trastornos depresivos?

Estas preguntas pudieron resolverse a través de los siguientes objetivos: 1. Realizar una investigación sobre los modelos terapéuticos actuales existentes para tratar la depresión en adultos; 2. Detectar la eficacia, deficiencias o limitaciones en esos modelos terapéuticos a través de la evidencia en estudios realizados previamente, y 3. Identificar los hallazgos encontrados en el trabajo psicoterapéutico con personas con depresión en centro PsicoAlianza.

Ante lo cual es posible decir que se realizó una observación de los motivos más frecuentes de atención en Centro PsicoAlianza, partiendo de que en la mayoría de las ocasiones estos motivos de consulta tienen que ver con rasgos de depresión. Posteriormente se llevó a cabo una revisión de la bitácora interna de dicho centro que dejaba ver la frecuencia con la que han sido atendidos estos pacientes. El siguiente paso fue delimitar por edad la mayor cantidad de población con las características mencionadas, tomando en cuenta los factores de riesgo existentes dentro de los mismos motivos de consulta mencionados en los discursos de los consultantes, lo cual resultó en la necesidad de elaborar un modelo de intervención ante estos trastornos en donde se tomarían en cuenta los factores asociados a la depresión.

Para tal efecto, se llevó acabo una investigación documental acerca de la estadística de la depresión, sus criterios diagnósticos, teorías de su etiología, sus factores de riesgo y factores protectores, los modelos de intervención ante estos trastornos, así como de la evidencia científica y documental-empírica de otro tipo de tratamientos que regularmente no se encuentran dentro de las guías de intervención para los trastornos depresivos pero que han mostrado mejoría ante estos, tanto en la literatura como en la observación de los tratamientos aplicados anteriormente en Centro PsicoAlianza para la depresión.

Se encontró inicialmente que la ansiedad está presente en un porcentaje importante, así también los factores estresantes que pueden dejar tanto las demandas cotidianas como las experiencias de índole traumático infantil o recientes. También pudo verse en las personas que cumplían ciertos criterios depresivos, se acompañaban de una autoestima disminuida en la mayoría de los

casos y en un porcentaje bajo, que algunos pacientes buscaban otra alternativa debido a que en sus primeros acercamientos al solicitar atención psiquiátrica y psicológica, no había sido lo que esperanban, refiriéndose a una ausencia empatía por parte del personal (no se sentían escuchados, que sus tratamientos fueran individualizados o tratados con mayor cortesía), así mismo, declararon una ausencia de mejoría, dificultades burocráticas de los sistemas sanitarios, así como efectos indeseables de los tratamientos farmacológicos que les producían diversos malestares.

Tomando en cuenta todo lo anterior es que se diseña el modelo Alianza que se compone inicialmente de la instalación de la alianza terapéutica entre terapeuta-paciente, que es mantenida desde una escucha activa y flotante, un trato cálido, el establecimiento de un encuadre que invita a la formación del compromiso por parte del consultante, una evaluación inicial cuya batería de pruebas aplicadas se basa en los motivos de consulta según el discurso del paciente; posteriormente a la elaboración del diagnóstico, seguido del diseño de un plan de tratamiento psicoeducativo aplicado durante la fase 2 de la intervención terapéutica con la psicoterapia Eye Movement Desensibilization and Reprocessing (EMDR), y Fitoterapia (en caso de requerirlo). Cabe mencionar que dentro de la Psicoeducación, entre otros temas, aborda ejercicios de respiración y técnicas de inoculación del estrés, técnicas de grounding, vínculos y apego, habilidades de afrontamiento, de resolución de problemas y asertividad; el nesesario sistema de nutrición, el ejercicio físico y sus bondades, y la muy importante red de apoyo; además de incluir la canalización al servicio de Fitoterapia en las personas que lo requerían tomando como criterio los síntomas de depresión y ansiedad.

El modelo Alianza aplicado a una muestra de 30 sujetos, mostró a través de la estadística descriptiva con ayuda del software IBM SPSS Statistics, un índice resultante ponderado mínimo de 3.14 y un máximo de 4.86 en la etapa posterior al tratamiento, y en donde la etapa preliminar había un mínimo de 1.14 y un máximo de 3.43. De donde según los instrumentos, en la etapa preliminar 27 pacientes presentaron un estado inicial de depresión de muy grave a moderado, 25 pacientes con ansiedad de muy severa a moderada, 24 presentaron un estado inicial de estrés elevado, y 25 con un nivel de autoestima de muy baja a media, los cuales, se tomaron en cuenta como factores asociados al trastorno.

Con base a lo anterior es posible decir que se rechaza la hipótesis nula debido a que los pacientes con un IRP de 3.80 en la etapa posterior con la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada instrumento de medición, y se comprueba la H1 debido a que los pacientes mostraron un índice resultante mayor a 3.80 en la etapa Postratamiento.

Significando esto que en la etapa posterior a la aplicación del modelo, 30 pacientes presentaron un estado de depresión de muy leve a mínima, ansiedad de moderada a normal, nivel de estrés de consideración a normal y una autoestima de media a alta, por lo que puede mencionarse que el Modelo Alianza puede representar una alternativa de modelo ante la intervenición de los trastornos depresivos y sus factores asociados debido a que pudo observarse una reducción de síntomas en la depresión, la ansiedad, el nivel de estrés y reprocesamiento de memorias traumáticas, así como en una mejora de la autoestima, mismo que se interpreta como una mejoría en el 100% de las personas que tomaron la intervención de

acuerdo a los resultados postratamiento y a los discursos que fueron mencionados al término del mismo por los pacientes.

Cabe mencionar 19 pacientes fueron canalizados al servicio de Fitoterapia de un total de 30, de los cuales sólo asistió un 60%, no obstante, aun así ese 40% que no recibió tratamiento fitoterapéutico presentó mejoras aunque no en completud.

5.1. Hallazgos.

Dentro de los principales hallazgos en este estudio se encuentra que los factores estresantes estuvieron presentes en el 100% de la muestra.

El reflejo de las memorias traumáticas en la depresión, ansiedad y autoestima disminuida que se reflejó en creencias negativas propias y que significaban una limitante en la funcionalidad en la vida de las personas.

Así mismo, tomando en cuenta que el 36.66% presentaron pensamiento suicida previo al tratamiento, un 6.66% con intento suicida, una persona con autolesiones en brazos; 30% con antecedente de abuso sexual durante la niñez o reciente, de los cuales fueron 8 mujeres y 1 varón; 30% manifestaron experiencias infantiles adversas (memorias traumáticas); 33.33% que vivieron experiencias adversas-estresantes recientes, y un 6.66% con comorbilidad con hipertensión y con evento cerebral vascular. Lo anteror ha resultado del análisis de la información de las entrevistas realizadas durante la evaluación, así como dentro de las fases de desensibilización y reprocesamiento del tratamiento psicoterapétuico EMDR.

Por otro lado, los resultados mostraron efectividad de la psicoterapia EMDR en este tipo de trastornos, mismo que hasta ahora cuenta con evidencia científica en

desarrollo y que pocas guías incluyen en sus tratamientos; se mostró también efectividad de EMDR en los factores asociados mencionados puesto que la desensibilización de perturbación presente más el reprocesamiento de las creencias negativas dejó mejoras en los estados postratamiento.

Así mismo se encontró mejoría en un caso de hipersensibilidad, misma que se reportó como disminuida después del tratamiento en una de las pacientes, a lo que cabe mencionar que hubo reprocesamiento de memorias traumáticas por abandono y otra por abuso sexual, ambas vinculadas a sensaciones perturbadoras con una puntuación de 9, siendo 10 el máximo, externadas durante las sesiones.

Por tanto y debido a lo anterior, se sugiere abordar los temas mencionados en futuras investigaciones, preguntándose si la psicoterapia EMDR es efectiva en los trastornos depresivos y sus factores asociados; si la Fitoterapia en combinación con una nutrición adecuada y el ejercicio podrían en algún momento sustituir a los antidepresivos recomendados y administrados en la mayoría de los tratamientos citados en las guías de salud, y si la alianza terapéutica primordial en este estudio ha sido parte importante para la mejoría y si podría significar un factor considerable dentro de los tratamientos en los trastornos mentales, que pueda replicarse en los centros de salud y hospitales dedicados a cuidar y tratar la salud mental.

Otro dato que particularmente llama la atención es cómo sin la ingesta de antidepresivos y en algunos otros con la administración de la Fitoterapia, las personas han podido reducir sus síntomas depresivos. Cabe mencionar que como ya se ha abordado antes, la particular alianza que se hace con el consultante, lleva a suponer que el sentirse escuchado, acompañado y atendido resulta benéfico para

la persona, y que aunque no tome un medicamento, esto contribuye de manera importante a su recuperación.

5.2. Recomendaciones.

Para comenzar este apartado, es de gran interés extender la sugerencia de implementar una alianza terapéutica entre el profesional y el paciente. Dentro de las personas que tomaron el tratamiento del modelo propuesto, hubo algunos que mencionaron haber asistido a los hospitales Fray Bernardino y Juan Ramón de La Fuente Muñiz de la ciudad de México, y comentaron que desde sus experiencias se habían sentido no escuchados ni tratados desde su singularidad, lo que les llevó a sentirse solos. Particularmente en centro PsicoAlianza, se ha observado que un trato cálido, amable, así como el establecimiento del encuadre y la enunciación de los compromisos que se adquieren al iniciar un proceso terapéutico, además de explicar de qué se trata el mismo y resolver dudas, es considerado como un factor valioso dentro del tratamiento. Los compromisos son parte importante de lo que según la observación ha dejado resultados favorables. El hacer responsable al paciente de su tratamiento, es decir, comentarle que en la medida de que éste se comprometa consigo mismo, se sentirá mejor en menor tiempo, puede ubicar a la persona en una posición de “poder”, dándole así el control de su recuperación.

Por otro lado, derivado de los hallazgos y de la aplicación del modelo Alianza, dentro del cual se utilizó un abordaje psicoterapéutico integral que incluyó desensibilización y reprocesamiento de trauma a través de movimientos oculares (EMDR), así como de la inclusión de los factores asociados a la depresión, es que se sugiere incluir

este tipo de terapia en los modelos actuales ante la depresión, debido a que este abordaje puede ayudar en la desensibilización de creencias negativas propias y el reprocesamiento de memorias traumáticas que pueden subyacer a los síntomas.

Así mismo, como se ha mencionado, es importante integrar los factores asociados de depresión a los tratamientos, mismo que puede hacerse por medio de la psicoeducación, en la que los temas de vínculo y apego pueden llegar a hacer que el paciente reflexione, identifique, comprenda, se explique y de solución a sus temas interpersonales; siendo la asertividad y las habilidades sociales un "vehículo" para poder hacerlo, así también como incluir temas desde la individualidad de cada uno.

Por otro lado, la Fitoterapia ha demostrado tanto con evidencia científica como dentro de los hallazgos encontrados en Centro PsicoAlianza, ser una alternativa de consideración para tratamientos que utilizan fármacos como por ejemplo en la depresión y ansiedad, mismo que por supuesto dependerá de la evaluación realizada por el médico especialista en esa área.

5.3. Investigaciones Futuras.

Al realizar este estudio y a partir de los hallazgos encontrados, surge el interés acerca de la creación de una categorización o perfil específico acerca de una depresión con base en eventos traumáticos infantiles, otra por abuso sexual, otra por trauma reciente y una más con base en creencias negativas propias. Esto con el fin de brindar tratamientos específicos a esas problemáticas, mismos que se sugiere abordar con la terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR por sus siglas en inglés) que pueden llevar al paciente a

una disminución de síntomas en poco tiempo.

Así mismo, resulta de particular interés, la investigación de la administración de tratamientos fitoterapéuticos que sustituyan a los medicamentos (hasta donde sea posible) con miras a preservar la salud por mayor tiempo, evitando los efectos secundarios.

5.4. Limitaciones.

Esta investigación incluye en su marco teórico algunos modelos para tratar la depresión, sin embargo ello representa un porcentaje de los existentes, de tal manera que la evidencia encontrada no representa todos los modelos o programas elaborados para tal efecto.

Este estudio comprende un tiempo limitado de aplicación en el abordaje del modelo propuesto; por tanto, se puede considerar una limitación el alcance de los resultados dado que no hay una fase de seguimiento incluida; puesto que, al no existir una fase de seguimiento, no podría mostrar el efecto a un plazo mayor de tiempo, perdiendo la oportunidad de saber si la efectividad del modelo es perdurable, aunado a que la investigación es llevada a cabo en un centro ubicado en la alcaldía Iztacalco, relativamente de poca afluencia a comparación de una clínica u hospital que tienen mayor asistencia, es decir, los beneficios que se esperan, en esta ocasión podrían alcanzar un número reducido de personas. Por otro lado, esta investigación incluye en su marco teórico algunos modelos para tratar la depresión, sin embargo ello representa un porcentaje de los existentes, de tal manera que la evidencia

encontrada no representa a todos los modelos o programas elaborados como abordajes para la depresión.

La depresión puede estar presente en varios momentos en el transcurso de la vida, asociarse con otros factores y estar presente a la vez con otros diagnósticos, inclusive, recibir la noticia de padecer una enfermedad puede llevar a una crisis cuyo desequilibrio emocional alcanzaría un trastorno afectivo en algunos casos, dependiendo de los factores biopsicosociales mencionados anteriormente.

En este estudio se trabajó con pacientes con diagnóstico: trastorno límite de la personalidad, estrés postraumático, dependiente de la personalidad, histriónico de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, delirio primario erotomaníaco y una con diabetes mellitus tipo 2, no obstante, se toma como una limitación en este estudio, el no haber incluido a personas con depresión y diagnósticos múltiples físicos o mentales, como trastorno bipolar, cáncer, sida, en duelo patológico o alguna otra que permitiera la aplicación del modelo.

5.5. Validez de la Investigación.

Esta investigación se considera libre de sesgos debido a las siguientes razones. 1) Utiliza una metodología mixta, seleccionada a causa del problema de investigación y los objetivos del estudio, ya que este tipo de investigación recolecta datos para después analizarlos a través de la estadística descriptiva e inferencial con el objetivo de responder a las preguntas de investigación y probar hipótesis; es de tipo descriptivo con el fin de especificar características de los sujetos de estudio; y de diseño preexperimental debido a que se administrará un tratamiento, realizando

mediciones previas y posteriores. 2) Los criterios de selección para la muestra son de carácter probabilístico y los sujetos de estudio se determinaron mediante la fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando se tiene una población finita según Fisher y Navarro (1997). 3) Las variables son congruentes con los instrumentos empleados, mismos que permiten obtener información de los constructos estudiados, debido a que cuentan con suficiente evidencia de validez y confiabilidad para medirlos. 4) Los instrumentos fueron administrados por una persona capacitada y entrenada para la aplicación y recolección de esa información, obedeciendo a las instrucciones en cada escala y cuestionarios. Además, hay que mencionar que se confeccionó una matriz de ponderación que incluyó todos los instrumentos, con el fin de homologar las puntuaciones y poder elaborar los promedios por paciente, así como el análisis estadístico. 5) La información fue registrada en tablas elaboradas para los efectos de organización, análisis y triangulación de los datos, y posteriormente analizada estadísticamente en el programa SPSS en el cual se realizó una prueba de hipótesis, misma que resultó positiva. 6) Se comprueba la confiabilidad del modelo a través del coeficiente de correlación Pearson entre etapa Preliminar y etapa Posterior.

Lo anterior, brinda fuerza a los resultados y conclusiones de este estudio, en el cual se ha podido comprobar la eficacia del modelo Alianza, obteniendo que el Índice Resultante Promedio se encontró entre 1.14 y 3.43, lo cual se interpretaría como “síntomas clínicos de mayor gravedad” a “síntomas clínicos de consideración”; siendo que en la etapa posterior, hubo un índice resultante ponderado mínimo de 3.14 y un máximo de 4.86, que se encuentra dentro del rango ponderado de 3 y 5

que se interpretaría como “existencia de síntomas clínicos de consideración, pocos síntomas de altibajos considerados normales y ausencia de síntomas depresivos”. Así mismo, la integración de los factores asociados a la depresión, tratados a la par, dejó una diferencia significativa en las etapas Preliminar vs. Posterior que logran reflejar una mejoría en el paciente.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales.

A lo largo del presente trabajo, es posible notar el enfoque integrativo de los factores asociados a la depresión. Se consideró así, debido a que es de gran importancia contemplar e incluir lo que subyace a los síntomas. Como se pudo observar en el Marco teórico, la depresión es un trastorno con criterios diversos que pueden tener su génesis en los factores de riesgo que una vez que se incrementan, causan dificultades en la funcionalidad de las personas. Así tenemos, al estrés severo, a la ansiedad, los eventos traumáticos ya sean infantiles o recientes, una autoestima baja y por supuesto a las creencias negativas personales que pueden tener a su vez, sus inicios en eventos de diversa índole que se quedan impregnados en la cognición, limitando así la vida misma.

A través de un programa integrativo, en donde sean incluidos la desensibilización y reprocesamiento de creencias negativas y de memorias traumáticas que al exacerbarse detonan síntomas depresivos, así como el ejercicio, el trabajo en habilidades sociales, resolución de conflictos, aumento de autoestima y mejoramiento de las relaciones interpersonales que conformen una sólida red de apoyo, la depresión podría disiparse en un corto tiempo. Es de suma importancia

incluir el trabajo en los factores subyacentes, lejos de brindar un tratamiento pensando únicamente desde los fármacos, los tratamientos deben ser integrales.

El Modelo Alianza fue diseñado pensando en lo que sostiene a los síntomas, en la evidencia de nuevos paradigmas y en los hallazgos dentro de la intervención psicoterapéutica de Centro PsicoAlianza.

Para tal efecto, se realizó un estudio con enfoque mixto de tipo descriptivo con diseño preexperimental, esto con base en la recolección y análisis estadístico de datos llevado a cabo y que dieron respuesta a las preguntas de investigación; se probó la hipótesis y fue posible observar los patrones de comportamiento en los pacientes, mismo que llevó a conocer sus realidades buscando comprender y dar solución a ello por medio de un tratamiento.

Los objetivos en esta investigación fueron cumplidos: se diseñó un modelo terapéutico integral para tratar los trastornos depresivos y sus factores asociados en adultos de 19 a 25 años de la Ciudad de México que acuden a Centro PsicoAlianza; esto a través de la realización de una investigación sobre los modelos terapéuticos actuales existentes para tratar la depresión en adultos y revisar la eficicacia, deficiencias o limitaciones en los mismos, así como la identificación de hallazgos encontrados durante el trabajo psicoterapéutico en personas con depresión en que acudieron a Centro PsicoAlianza.

Los sujetos de estudio se determinaron mediante la fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando se tiene una población finita (Fisher y Navarro, 1997), quedando 30 pacientes como muestra que presentaban signos o síntomas de depresión, estrés, ansiedad y autoestima media-baja.

Respecto del marco teórico, fue posible encontrar literatura con evidencia científica referente a la depresión, a los factores de riesgo, a la efecacia de la terapia EMDR, de la Fitoterapia, de las bondades del ejercicio físico, de la necesaria autoestima, así como de las habilidades que se requieren desarrollar para un mejor afrontamiento del día a día, en especial cuando se presenta la adversidad.

Hay que mencionar que la depresión es un tratorno mental muy común que deteriora la funcionalidad y emocionalidad en los individuos, pudiendo en el peor de los casos acabar con la vida. Los factores de riesgo que se encuentran inmersos en los ambientes de las personas como caldo de cultivo para que un trastorno se detone, son biopsicosociales y multifactoriales; teniendo por ejemplo: ser mujer, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, ser cuidador de una persona enferma, tener bajo nivel socioeconómico o desempleado, con crisis económicas, en aislamiento social, entornos o experiencias de violencia e inseguirdad, consumir sustancias adictivas (Berenzon, S.; Lara, M.; Robles, R.; Medina-Mora, M., 2013), problemas emocionales tales como la culpa, miedos extremos, ansiedad, baja autoestima, autolesiones, y antecedentes familiares con factores de riesgo (SIPINNA, 2021). Además una exposición a trauma hasta los 16 años, se se asoció a tasas más altas de trastornos psiquiátricos (Copeland, et al., 2018); diversos eventos pueden provocar trauma, como por ejemplo: el maltrato infantil, estrés vinculado con alteraciones del desarrollo temprano, maltrato sexual, físico, negligente u otro (OMS, 2022).

Los tratamientos que actualmente abordan la depresión tienen brechas importantes tanto en los procesos que hay que seguir para recibir la atención, algunos en el trato desapegado con los pacientes, los posibles efectos secundarios de los

antidepresivos, y el dejar fuera los factores que sostienen a los síntomas; mismo que puede lleva a recaídas, quedando incierto qué tipo de tratamiento podría ser más efectivo.

Dentro de los nuevos paradigmas, la psicoterapia Eye Movement Desensibilization and Reprocessing cuyo enfoque integrador centrado en el paciente, se encarga de tratar los problemas con génesis en memorias que sean perturbadoras, adversas o traumáticas y que son no adaptativas en la cotidianidad, por lo tanto, cuando se habla de factores asociados a la depresión (estrés severo, trauma, autoestima disminuidad y ansiedad), era de suponerse que también sería efectivo en el Modelo Alianza, mismo que efectivamente resultó ser así. La fitoterapia como estrategia terapéutica progresiva y personalizada, como tratamiento endobiogénico, relata mejoría sumamente significativa, con evidencia que la respalda. Ahora bien, potenciar los factores protectores a través de la psicoeducación, en temas como la importancia de una adecuada alimentación, el ejercicio físico, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la red de apoyo, las competencias individuales como las estrategias de afrontamiento que permiten hacer frente de una mejor y más saludable manera los eventos estresantes, llevan al beneficio de una mejoría.

El Modelo Alianza constó de 10 sesiones, que incluyeron entrevista, aplicación de instrumentos, tratamiento, psicoeducación y postest. Los intrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de depresión de Hamilton y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), y PCL-5, que miden sintomatología de depresión, ansiedad, autoestima, estrés y posible trauma; y para la parte cualitativa, la entrevista CASIC, y fueron aplicados en 2 sesiones. El tratamiento con abordaje EMDR se llevó a cabo

en 7-8 sesiones, en el cual primeramente se llevó a cabo la psicoeducación a modo de preparación, después, el plan de secuencia de blancos para en seguida pasar a desensibilizar y reprocesar esas memorias. Por último, se llevó a cabo la aplicación de las mismas pruebas de evaluación como postest.

El análisis estadístico ayuda a comprobar la efectividad del modelo, mostrando que en la etapa Preliminar los valores del Índice Resultante Ponderado, es decir del promedio de los resultantes por paciente, fueron inferiores con respecto a la etapa Posterior, lo cual muestra un efecto positivo con la aplicación del modelo de intervención Alianza para los pacientes de 19 a 25 años con sintomatología clínica de depresión y sus factores asociados: ansiedad, estrés severo y autoestima disminuida.

La prueba de hipótesis realizada rechaza la hipótesis nula y aprueba la hipótesis alternativa, debido a que los pacientes con un Índice Resultante Promedio de 3.80, en la etapa posterior después de la aplicación del modelo, presentan los rangos aceptables establecidos por cada uno de los instrumentos de medición.

Por su parte, la teoría fundamentada permite identificar las categorías que ayudaron a comprender el fenómeno de estudio, que en este caso, derivó en los siguientes factores encontrados: pensamiento suicida previo; intento suicida previo, autolesiones previas, abuso sexual infantil con presencia de memorias traumáticas; experiencias adversas infantiles con presencia de memorias traumáticas; experiencias adversas o estresantes recientes, y comorbilidad con hipertensión y EVC.

Debido a lo anterior, es posible decir que el Modelo Alianza es una alternativa válida, confiable y eficaz para el tratamiento de la depresión y sus factores asociados, y se

espera que futuras investigaciones logren replicar los resultados aquí presentes con el objetivo de que este tipo de evidencia crezca y en un futuro, este modelo sea llevado a otras instancias para beneficio de las personas que lo requieran.

Cuando la depresión secuestra la voluntad y la motivación, se vive al nivel de las creencias negativas que están presentes en ese estado. Es difícil salir de ahí, sí, pero no imposible. Un acompañamiento cálido, de calidez, integral, puede impulsar a ir más allá de esas creencias limitantes; puede invitar a deconstruir, a redefinir cada uno sus propias directrices saludables de vida, puede alentar a ir en búsqueda de soluciones a los conflictos y patrones dañinos. Llevar a comprender que no es necesario llenarse de culpa para poder aprender. A anhelar dejar la guerra contra uno mismo. Puede inlcuso, llevar a una armonía desde los pensamientos, sentimientos, sensaciones, emociones y el propio cuerpo que por ende reaccionará a favor, y entonces así, las personas logren consciencia, tomar la responsabilidad de sus vidas, de su felicidad, y tal vez incluso, disfruten ser protagonistas de su propia historia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afifi, T.; Mota, N.; Dasiewicz, P.; MacMillan, H.; & Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: Results from a nationally representative US sample. Pediatrics, 130, 184-192. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22753561/

Álvarez, S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79, junio-diciembre.

Altmeyer, S., Wollersheim, L., Kilian-Hütten, N., Behnke, A., Hofmann, A., & Tumani, V. (2022). Effectiveness of treating depression with eye movement desensitization and reprocessing among inpatients-A follow-up study over 12 months. Frontiers in psychology, 13, 937204. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.937204

Amann, B.; Valiente, A.; Moreno, A.; Santed, M.; & González, A. (2019). Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR. Barcelona. https://www.masneuronaspsicologia.com/wp-content/uploads/2020/09/Dossier-sobre-Evidencia-Empirica-de-la-Terapia-EMDR-Enero-2019.pdf

American Psychological Association (2017). Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults Adopted as APA Policy. Estados Unidos. https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA.

Australian Psychological Society (2019). Demystifying EMDR. Australia. https://psychology.org.au/for-embers/publications/inpsych/2019/june/demystifying-emdr

Baños, J. (2023). Explorando los factores de riesgo de la depresión: un análisis de red. Science Direct. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.01.005

Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. Argentina. Revista de Investigación en Psicología. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162691

Berenzon, S; Lara, M; Robles, R; Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. México.

Bravo, M., y López, F. (2018). Manual de psicofarmacología para profesionales de la salud mental. Madrid. Editorial Síntesis.

Bonet, J., Parrado, E. y Capdevila, L. (2017). Efectos agudos del ejercicio físico sobre el estado de ánimo y la HVR. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de

la Actividad Física y del Deporte. Universidad Autónoma de Madrid, España. https://www.redalyc.org/pdf/542/54250121006.pdf

Campo, A.; Oviedo, C.; Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia. https://www.redalyc.org/pdf/806/80633732007.pdf

Cano, A., Osorio, A. y Cervera, S. (2010). Familia y problemas psíquicos. Implicaciones en la vida conyugal y familiar. Universidad de Navarra. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3273781

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Cabrero, J., Richart, M (2002). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa.

http://departamento.enfe.ua.es/profesores/miguel/documentos/Debate_inv-cualitativa_frete-inv-cuantitativa.pdf

Carrasco, E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. Sociedad Interamericana de Psicología San Juan, Puerto Rico. https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf

Ceballos, G.; Paba, C.; Suescún, J.; Oviedo, H.; Herazo, E.; & Campo, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. Universidad de Magdalena, Santa Marta Colombia. http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a03.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos. ¿Qué son los derechos humanos?. México. Consultado de: https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos

Contreras, N.; Villalobos, L.; Mancilla, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. México.

Copeland, W.; Shanahan, L.; Hinesley, J.; Chan, R.; Aberg, K.; Fairbank, J.; van den Oord, E., & Costello, E. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. JAMA network open, 1(7), e184493. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493

Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. Revista de Psicología. Chile.Vol. 13, pp 93-101. https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17489

Delgado, E.; De la Cera, D.; Lara, M. F., & Arias R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula, 35(1), 23-36. https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf

Durón, R.; Cárdenas, G.; Castro, J.; Rosa, A. (2018). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.redalyc.org/journal/3589/358971645004/

Encuesta de Salud y Nutrición (2018). (Distribución de la prevalencia de síntomas Depresivos, México), citado por Cerecero, D.; Macías, F.; Arámburo, T., y Bautista, S., (2020).

Estévez, A., Ramos, J. y Salguero, J. (2015). Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales. Madrid: Síntesis. https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/843ceada7ca720b49870c28296e7f953.pdf

Fernández, O.; Jiménez, B.; Almirall, R.; Sabina, D.; & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf

Figueroa, R.; Cortés, P.; Accatino, L.; Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Revista Médica de Chile. Chile. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500013&lang=pt

Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2011). Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre de 2014. Asamblea Legislativa Del Distrito Federal, VI Legislatura. http://www.aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa38c97453e24b3f8468.pdf

Galindo, O.; Benjet, C,; Juárez, F.; Rojas, E.; Riveros, A.; Aguilar, J.; Álvarez, M., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. Salud mental, 38(4), 253-258. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400253

Gans, S. (2019). How the Fight-or-flight response works. Verywell Mind. https://www.verywellmind.com/what-is-the-fight-or-flight-response-2795194?print

Gil, L. (2008). Desensibiliazación y Reprocesamiento con movimientos oculares. Revista colombiana de psiquiatría. Colombia. http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a17.pdf

González, D.; Cernuda, J., Alonso, F.; Beltrán, P., & Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(133), 145-166. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008

González, S.; Pineda, A., y Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Universitas Psychologica. Colombia. http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf

Guillen, F. (2021). Proposición con punto de acuerdo de urgente y obvia resolución por el que se exhorta al consejo de salud mental y al titular del instituto de la juventud, ambos de la ciudad de méxico, a impulsar una estrategia coordinada para prevenir y atender los suicidios en la ciudad de méxico, particularmente en niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Ciudad de México. https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/7ed4c9c80c2f3d6f7aa0eefbd61ecfdd0f061344.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2003). Metodología de la investigación, Bogotá, McGraw-Hill.

Hogg, B.; Gardoki, I.; Valiente, A.; Ribeiro, A.; Fortea, L.; Radua, J.; Amann, B.; & Moreno, A. (2022). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-022-01495-5

IBM SPSS Versión: 29.0.0.0 (241).

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México.

https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Encuesta Nacional de Bienestar Autoreportado (ENBIARE) 2021. México. https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). Datos Nacionales. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH). https://www.inegi.org.mx/temas/salud/

International Sociey For Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2016). Clinician's Corner: EMDR Therapy. Whasington. https://istss.org/public-resources/trauma-blog/2016-april/clinician-s-corner-emdr-therapy

Jarero, I. (2016). Terapia EMDR, el SPIA y la resiliencia. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación. https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-NachoJarero/publication/311596868_Terapia_EMDR_el_Sistema_de_Procesamiento_de_la_Informacion_a_Estados_Adaptativos_SPIA_y_la_Resiliencia_Humana/l

inks/58502de108ae4bc8993b68a1/Terapia-EMDR-el-Sistema-de-Procesamiento-de-la-Informacion-a-Estados-Adaptativos-SPIA-y-la-Resiliencia-Humana.pdf

Julio, V.; Vacarezza, M.; Álvarez, C.; & Sosa, A. (2011). Niveles de Atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana. Uruguay. http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

Jurado, D.; Jurado, S.; López, K.; Querevalú, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283046027004

Korman, G.; Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Argentina. http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf

Laliotis, D., Luber, M., Shapiro, E., Ichii, M.,Hase, M., La Rosa, L,. Alter, K., Tortes, J., (2021). What is EMDR Therapy? Past, Present, and Future Directions. Journal of EMDR Practice and Research, 15 (4), 186-201.

Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. Frontiers in psychology, 9, 1395. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395

Lapraz, J., y Cleermont-Tonnerre, M. (2017). “La medicina personalizada, recuperar y conservar la salud desde una perspectiva endobiogénica”. Somefic (Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica).

Lee, C., & Cuijpers P. (2013). A Meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatri, 44, 231-239. https://psycnet.apa.org/record/2013-02937-015

Liang, S., Wu, X., Hu, X., Wang, T., & Jin, F. (2018). Recognizing Depression from the Microbiota⁻Gut⁻Brain Axis. International journal of molecular sciences, 19(6), 1592. https://doi.org/10.3390/ijms19061592

Malgor, L., y Valsecia, M. (2000). Farmacología general y del Sistema Nervioso Autónomo. Argentina.

Marín, C.; Guillén, A.; & Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). Clínica y Salud. Madris, España. 27(3), 101-114. https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.001

Marjan, M.; Mendieta, D.; Muñoz, M.; Díaz, A.; Cortés, J.. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Maxfield, L.; & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. Journal of Clínical Psychology, 58, 23-4. Doi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11748595/

Meza, D.; García, S.; Torres, A.; Castillo, L.; Sauri, S.; Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México.
https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf

Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. https://portal.guiasalud.es/wp-ontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Ministerio de Sanidad. (2018). Prevención de caídas y recurrencia. Gobierno de Aragón. España. DOI: https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-prevencion/

Morales, V.; Guillén, A.; & Quevedo, R. (2019). Maltrato infantil y trastornos mentales en delincuentes jueniles: una revisión sistemática. Revista de Investigación en Educación. Granada, España.
https://revistas.uvigo.es/index.php/reined/article/view/2157

Morón, F. y Levy, M. (2002). Farmacología General. La Habana, Cuba.

Moscoso, M. (2008). La hostilidad: Sus efectos en la salud y medición psicométrica en Latinoamérica. Universidad de Lima, Perú. núm. 11, 2008, pp. 75-90

Nava, W. y Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. Revista Cúpula 26 (2): 19-35.

NICE. (2018). Post-traumatic stress disorder. Reino Unido. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Senado de la República y la Cámara de Diputados (INCyTU). (2018). Salud mental en México. México.

O´Hanlon, J. (s.f). Reacciones neurofisiológicas al estrés.

Organización Mundial de la Salud. (2022). CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. https://icd.who.int/browse11/l-m/es

Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. Centro de Prensa. Nota descriptiva del 13 de septiembre de 2021. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. Ginebra, Suiza. https://www.who.int/es/news- room/fact-sheets/detail/depression

Organización Mundial de la Salud (2013). Directrices para el tratamiento de las enfermedades que están específicamente relacionados con el estrés. Ginebra, OMS. https://www.who.int/es/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma

Organización Mundial de la Salud. (2023). Estrés. https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Factores de riesgo. Ginebra, Suiza. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Organización Mundial de la Salud (2022). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. Comunicado de prensa. Ginebra Suiza.

https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. Datos y cifras. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud. (1999). Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Decima Revision de la Clasificacion Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Ginebra Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2022). En un nuevo informe de políticas de la OMS se ponen de relieve las medidas que deben adoptar los países. Noticias departamentales. Ginebra, Suiza. https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change

Organización Mundial de la Salud (2022). Maltrato infantil. Datos y cifras. Ginebrz, Suiza. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos mentales. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales. Estimaciones sanitarias mundiales. Whasington, D.C. http://iris.paho.org.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo

Organización Panamericana de la Salud. (2022). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563

Organización Panamericana de la Salud. (2010). “Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud” Washington, D.C.

Orrego, S.; Sierra, G.; & Restrepo, D. (2020). Trastornos mentales esde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional. Revista Colombiana de Psiquiatría. http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n4/0034-7450-rcp-49-04-262.pdf

Osorio, M.; Malca, M.; Condor, Y.; Becerra, M., & Ruiz, E. (2022). Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492022000300004

Páez, M., y Peña, F. (2018). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. Universidad de Manizales, Colombia. https://www.redalyc.org/journal/2738/273857650007/273857650007.pdf

Pan-American Life Insurance Group (2022). Salud mental en América Latina y el Caribe. La pandemia silenciosa. https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Salud%20Mental%20White%20Paper%20PALIG.pdf

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., La Porta, P., Verardo, A. R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. Frontiers in psychology, 6, 1614. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. PloS one, 7(9), e45753. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones Negativas y su impacto en la salud mental y física. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007

Prieto, M.; Estupiña, F.; & Cano, A. (2021). Risk factors associated with relapse in Major Depressive Disorder in primary care patients : a systematic review. Psicothema. 2021. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/204638

Pujol, T. (2019). Reacciones adversas a medicamentos. Departamento de Medicina. Barcelona, España.

Ramírez, L.; Pérez, E.; García, F.; Salgado, H.; Atzori, M. Pineda, J. (2018). Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-

hipófiso-suprarrenal. Instituto Nacional de Salud. Yucatán, México. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84358120017

Reátegui Duarte, M. J., Balarezo Chiriboga, L. A., & Ramírez Coronel, A. A. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) para la depression: revision sistemática. Ciencia Digital. https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v6i3.2164

Restrepo, Ñ. (2015) Familia, género y resiliencia: factores protectores asociados a la promoción de la salud mental. Psyconex. Psicología, psicoanálisis y conexiones.

Rodríguez, A. y Solano, M. (2008). Nutrición y Salud Mental: Revisión Bibliográfica. Hospital Psiquiátrico Nacional “Santa Rosita”. Honduras. UNAH, Vol. 1. No. 3. https://docplayer.es/13666402-Indice-de-contenido-editorial-dr-mario-aguilar.html

Rojas, C.; Zegers, B.; & Föster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Revista médica de Chile, 137(6), 791-800. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009

Rosas, F.; Rodríguez, V.; Hernández, R., & Lagunes, R.. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. Revista Salud Uninorte, 36(2), 436-449. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000200436

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. American Sociological Review, 60(1), 141-156.

Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. Revista de psicoterapia, 20(80), 5-16.

Sanz, J.; Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España. https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf

Secretaría de Salud. (2022). 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf

Secretaría de Salud. (2014). El estrés provoca ansiedad y depresión. Gobierno de México. https://www.gob.mx/salud/prensa/el-estres-provoca-ansiedad-y-depresion

Secretaría de Salud. (s.f.) Instituto Nacional de Psiquiatría. Gobierno de México. https://www.inprf.gob.mx/clinicos/pregunta1.html

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud mental y adicciones 2020-2024. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

Shamah, T.; Vielma, E.; Heredia, O.; Romero, M.; Mojica, J.; Cuevas, L.; Santaella, J. Rivera, J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Shapiro, F. (2001). Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular: Principios Básicos, Protocolos y Procedimientos (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures). Nueva York: The Guilford Press.

Serra, A. (2020). Mensajes percibidos y recibidos, autoconcepto y autoestima y su relación con síntomas de trastornos Disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. Unidad de ciencias humanas y sociales. Madrid España.

Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. (2021). Suicidio infantil y adolescente: factores de riesgo y factores protectores. Gobierno de México. México. https://www.gob.mx/sipinna/articulos/suicidio-infantil-y-adolescente-factores-de-riesgo-y-factores-protectores

Slaikeu, Karl A. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia.

Thonveld, H.K., Landwerhr, F., Stein, W., Stomp, M., Smeets, S., & Van den Hout, M. A. (2010). Emotionaly of loss-related memories es reduced after recall plus eye movements but not after recall plus music or recall only. Journal of EMDR Practice and Research, 4, 106-112. https://www.academia.edu/937400/Emotionality_of_loss_related_memories_is_reduced_after_recall_plus_eye_movements_but_not_after_recall_plus_music_or_recall_only

Torrades, S. (2007). Estrés y burn out. Definición y prevención. Elsevier. https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896

Torres, M.; Vega, E.; Vinalay, I.; Arenas, G., & Rodríguez, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclamsia. Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00122.pdf

VADEMECUM. (2019). Fluoxetina. Madrid, España. https://www.vademecum.es/equivalencia-lista-fluoxetina+eli+lilly-mexico- n06ab03-1138788-mx_1

Verano, R. y Garavito, C. (2015). Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales. Revista gestión de las personas y tecnología. Colombia. Edición no 24 – noviembre.

Vitriol, V.; Cancino, A.; Leiva-Bianchi, M.; Serrano, C.; Ballesteros, S.; Potthoff, S.; Cáceres, C.; Ormazábal, M.; & Asenjo A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. Revista Médica de Chile. Chile. https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n9/0034-9887-rmc-145-09-1145.pdf

Vitriol. V.; Cancino, A.; Ballesteros, S.; Núñez, C.; & Navarrete A. (2017). Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. Universidad de Talca Chile. Chile. https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v55n2/art07.pdf

Vivar, A. (2023). “Factores asociados a baja autoestima en estudiantes de medicina humana de ocho universidades de latinoamerica”. Tesis para obtener el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/10170/1/REP_ADRIANA.VIVAR_BAJA.AUTOESTIMA%20%282%29.pdf

Vizioli, N., & Pagano, A. (2022). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. Acta Colombiana de Psicología. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552022000100028

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. Doi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/

APÉNDICE. Definiciones e Instrumentos empleados durante la investigación

Apéndice A. Modelo Alianza

Anexo 1. Modelo Alianza

Se trata de un modelo de intervención en salud mental, el cual aborda los trastornos depresivos y de ansiedad, resultando positivo a través de un procedimiento terapéutico que se refleja en una mejora en otros síntomas relacionados y factores de riesgo, como el nivel de autoestima y la disminución en la perturbación que generan eventos estresantes y/o traumáticos. El modelo Alianza está constituido por los siguientes pasos:

I. Primer contacto: El paciente o un familiar de este, se pone en contacto en búsqueda de atención psicológica con la expectativa de resolver la situación psíquica actual que le acontece. En esa primera llamada o mensaje que se recibe en PsicoAlianza, se le brinda la información acerca del proceso psicoterapéutico y se agenda una primera cita.

II. Primer consulta:

1. Presentación por parte de la psicóloga tratante y establecimiento de rapport, cuya técnica proporciona un ambiente de empatía y confianza.

2. Explicar las fases del proceso y del modelo con el cual se trabaja en PsicoAlianza, detalladas en este apéndice.

3. Establecer las aclaraciones propias del encuadre que permiten establecer una relación profesional y respetuosa entre el paciente, los familiares (cuando llegan a asistir por alguna situación) y la psicóloga:

a) Enunciar los compromisos que se aceptan al iniciar el proceso terapéutico y la importancia de la alianza y disposición del paciente.

b) Acordar un día y hora por semana en la que se llevarán a cabo las sesiones.

c) Mencionar el tiempo de duración de cada sesión que es de 60 a 90 minutos dependiendo de la fase en la que se encuentre el proceso.

d) Aclarar la penalización en caso de retardos, que indica que, si el consultante llega con minutos de retraso, sólo dispondrá del tiempo restante; si al contrario, la psicóloga tratante llegara después del tiempo acordado, ésta deberá reponer el tiempo.

e) Dinámica de cancelación que debe ser con 24 horas previas, a excepción de emergencias. En el caso de que el paciente no asistiera en tres ocasiones consecutivas sin haber cancelado en tiempo y forma, será considerado como baja del proceso y en caso de reingreso se dispondrá sólo de los horarios existentes.

f) Requisito de la asistencia del paciente en estado de alerta y consciencia, sin haber ingerido alcohol o alguna sustancia psicotrópica que pudiera impedir el trabajo durante la sesión; en caso de que este punto se incumpla, se negará la atención en esa ocasión y se ocupará el contacto de emergencia para que asistan por este.

g) Acordar el costo de honorarios.

4. Evaluar el estado de alerta y consciencia del paciente a través del discurso y llenado de ficha de identificación, en la cual se deben anotar de puño y letra sus datos personales, situación física y mental actual, tratamientos en padecimientos actuales, factores de riesgo existentes y red de apoyo, así como solicitar un contacto de emergencia.

5. Escucha activa y atención flotante en la externalización del motivo de consulta con el objetivo de visualizar la problemática y elegir los instrumentos que puedan proporcionar la información necesaria en el caso particular.

6. Selección de instrumentos con base en la información proporcionada en los puntos anteriores.

7. Aplicación de instrumentos seleccionados.

8. Cierre de sesión:

a) Brindar información que se considere necesaria en el caso particular, por ejemplo, el requisito de que el paciente asista acompañado en caso de que se requiera, como en los pacientes que tienen intentos previos de suicidio o conductas que pueden poner en riesgo la integridad física o mental de él mismo o de otras personas.

b) Preguntar si existen dudas acerca de lo abordado durante esa sesión y resolverlas.

c) Agendar siguiente sesión con base en la información recopilada; en caso de mayor gravedad, las sesiones pueden ser dos e incluso tres veces por semana.

d) Despedida.

Nota: En caso de que el paciente se encuentre en crisis, se aplican los Primeros Auxilios Psicológicos y se enseñan técnicas de contención, por lo que el inicio de la aplicación de instrumentos sucedería hasta la siguiente sesión, recorriéndose los pasos.

III. Segunda sesión

1. Continuación de la aplicación de instrumentos.

2. Aplicación de entrevista con Perfil CASIC (mostrada en instrumentos de evaluación).

3. Cierre de sesión.

4. En caso de haber concluido la aplicación de instrumentos y la entrevista con Perfil CASIC, se procede a elaborar un informe psicodiagnóstico.

IV. Elaboración de informe psicodiagnóstico

1. Calificación de Pruebas psicológicas aplicadas con base en los manuales de estas.

2. Revisión de información de entrevista y cotejo de los resultados en los instrumentos, resaltando los factores de riesgo asociados a los síntomas presentados por el paciente y vinculación de información conseguida durante las sesiones llevadas a cabo.

3. Redacción de un informe que plasme la integración de los resultados obtenidos tomando en cuenta los puntajes en instrumentos aplicados, información de entrevista Perfil CASIC, y los criterios de los trastornos depresivos y de ansiedad, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (APA, 2014). Este informe consta de las secciones:

a) Ficha de identificación

b) Motivo de consulta

c) Descripción y actitud del evaluado

d) Información relevante de entrevista

e) Antecedentes familiares y factores de riesgo

f) Factores protectores

g) Instrumentación utilizada

h) Resultados por prueba

i) Conclusiones e impresión diagnóstica

j) Recomendaciones

k) Canalización

l) Plan de tratamiento

Nota: Cabe mencionar que en el apartado de Canalización, se deriva en ocasiones, toda vez que el paciente lo requiera a los servicios de Fitoterapia, Nutriología o Psiquiatría, y se adjunta una Hoja de Referencia para presentar en el servicio de derivación, así como los datos de contacto y dirección de tales servicios.

V. Diseño del Plan de intervención terapéutico

1. Seleccionar y enlistar las técnicas de contención, respiración e inoculación de estrés mejor consideradas para el paciente.

2. Seleccionar y enlistar los temas que se abordarán en psicoeducación, así como ejercicios y técnicas para proporcionar la información necesaria.

3. Integrar el modelo psicoterapéutico Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), en español, Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares.

4. Redactar los puntos anteriores e incorporarlos al informe psicodiagnóstico.

VI. Tercera sesión

Lectura y explicación de informe psicodiagnóstico y plan de tratamiento.

VII. Cuarta sesión

Inicio del plan de intervención terapéutico con Protocolo Estándar de EMDR

1. Fase 1. Referente a la aplicación de entrevista y evaluación de los síntomas, mismas que ya han sido incorporadas.

2. Fase 2. Entrenamiento de herramientas y psicoeducación en temas seleccionados previamente.

3. Fase 3. Identificación de blancos para desensibilizar y reprocesar.

VIII. Quinta, sexta, séptima y octava sesión

Aplicación de fases 4 a 7 del Protocolo Estándar EMDR en cada una de las sesiones, dado que las fases son consecutivas y según el protocolo, una vez aplicada la fase 4, continúa la 5, la 6 y la 7 para hacer un cierre de sesión. En caso de terminar con buen tiempo, puede aplicarse la fase 8 que se refiere a la planeación de nuevos blancos en los cuales se aborda desde la fase 4.

Fase 4. Disminuir la perturbación asociada a las memorias traumáticas a través de la estimulación bilateral ocular.

Fase 5. Instalación de creencias positivas, adaptativas que pueden establecer una narrativa del evento, dejando fuera la perturbación.

Fase 6. Exploración corporal: revisar si hay algún tipo de molestia corporal o emocional residual.

Fase 7. Aplicar estrategias de control aprendidas en fase 2.

Fase 8. Planear nuevos objetivos de blancos

IX. Novena sesión

Aplicación de postest para evaluar el nivel de cambio en la sintomatología clínica presentada al ingreso en el paciente. Esta información se redacta de manera similar que en el primer informe.

X. Cierre

En la décima sesión se hace la retroalimentación general del proceso, se muestran los resultados del postest y se solicita infomación acerca de su estado emocional actual, así como de los cambios que puede notar en su persona.

Nota: En caso de que el paciente requiera de un mayor número de sesiones se aborda el tema para llegar a un acuerdo.

Apéndice B. Entrevista Perfil CASIC semiestructurada adaptada para adultos.

Guión de entrevista semiestructurada para adultos, Perfil CASIC adaptada.

Ficha de identificación
Nombre:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Ocupación:
Nivel de escolaridad:
Estado civil:
Domicilio:
Número telefónico:
Contacto de emergencia:

Evaluación tiempo, espacio y persona
Motivo de consulta
Factores desencadenantes

Evaluaciones anteriores, internamientos, cirugías u otros

Historia del desarrollo: experiencias adversas o eventos traumáticos
Estilo de crianza y vínculos interpersonales

Perfil CASIC
Conductual
-Interacción social
-Deberes y rutinas laborales / escolares
-Hábitos alimenticios,actividades físicas e higiene del sueño
-Conductas de afrontamiento
-Consumo de sustancias, cigarro y alcohol
-Comportamiento sexual
-Conductas de riesgo:
-Intentos de suicidio u homicidio
-Estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de conflictos
-Hobbies

Afectiva
-Estado de ánimo frecuente
-Emociones más frecuentes
-Presencia de ansiedad, estrés, depresión
-Sentimientos agradables más frecuentes
-Sentimientos desagradables más frecuentes
-Adaptación a situaciones nuevas
-Expresión de emociones y sentimientos

Somática
-Estado general de salud físico y mental
-Presencia de dolor, malestares o sensaciones incómodas frecuentes o que asocie con sus emociones
-Presencia de cefaleas, inflamación, dolores musculares, lumbares, cervicales, estomacales u otros
-Hormigueo de extremidades
-Sensación de taquicardia, temblor, nauseas, vómito u otro
-Hipersensibilidad en algún sentido (vista, oído, olfato, gusto, tacto)
-Sueño / insomnio

Interpersonal
-Habilidades sociales
-Tipo de relaciones en diferentes ámbitos: familia, escuela, trabajo, vecinos, amigos
-Beneficia o perjudica carácter y temperamento
-Red de apoyo
-Resolución de conflictos: asertivo, pasivo o agresivo
-Nivel de independencia / dependencia en relaciones

Cognoscitiva
-Triada espacio, tiempo, persona: delirios, alucinaciones
-Narrativa interna funcional /disfuncional: creencias irracionales
-Creencias positivas / negativas de sí mismo
-Autovaloración: autoimagen, autoconcepto, autoestima
-Plan de vida y actitud hacia la vida
-Creencias religiosas
-Filosofía de vida
-Presencia de flashbacks
-Motivación para asistir a psicoterapia
-Intereses

Antecedentes
-Antecedentes familiares, consumo de sustancias y enfermedades mentales
-Factores de riesgo: estado de salud físico y mental, consumo de drogas, sitiación financiera, maltrato y violencia familiar y escolar, pérdidas recientes.
-Factores protectores y red de apoyo

-Observaciones y agregados

Guión de entrevista utilizado en esta investigación, adaptado de Slaikeu, Karl A. (1996). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia.

Apéndice C. Instrumento BDI-II

BDI-II

NOMBRE:_____ FECHA:_____

INTRUCCIONES.

Por favor lea cuidadosamente cada grupo de enunciados, después escoja el que mejor describe la forma en que se ha estado sintiendo durante las últimas 2 semanas incluyendo el día de hoy. Rellene el círculo que se encuentra a un costado del enunciado que escogió. Por favor no deje ningún grupo en blanco.

Si varios enunciado dentro de un grupo le parecen adecuados para su situación, simplemente llene el círculo del enunciado que tenga el número más alto. **Asegúrese de solo marcar un enunciado principalmente en los grupos 16 (cambios en sus patrones de sueño) y 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza ○ 0 No me siento triste ○ 1 Me siento triste la mayoría del tiempo ○ 2 Me siento triste todo el tiempo ○ 3 Me siento tan triste o infeliz que no me puedo levantar **2. Pesimismo** ○ 0 No me siento desalentado sobre mi futuro ○ 1 Me siento más desalentado de mi futuro de lo que solía estar ○ 2 No espero que las cosas salgan bien para mi ○ 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que únicamente empeorará **3. Errores Pasados** ○ 0 No me siento como un fracasado ○ 1 He fallado más de lo que debería ○ 2 Cuando reflexiono en mi pasado, veo demasiados fracasos ○ 3 Siento que soy un completo fracaso como persona **4. Perdida de Placer**	**7. Desagrado con uno mismo** ○ 0 Me siento igual conmigo mismo que siempre ○ 1 He perdido confianza en mí mismo ○ 2 Estoy decepcionado de mí mismo ○ 3 Me desagrado **8. Autocritica** ○ 0 No me critico ni culpo más de lo usual ○ 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo usual ○ 2 Me critico por todos mis errores o faltas ○ 3 Me culpo de todo lo malo que pasa **9. Pensamientos suicidas y muerte** ○ 0 No tengo ningún pensamiento sobre suicidarme ○ 1 He tenido pensamientos suicidas pero no me preocupo mucho ○ 2 Quisiera suicidarme ○ 3 Si tuviese la oportunidad me suicidaría **10. Llorar** ○ 0 No lloro más de lo usual ○ 1 Lloro más de lo que solía

○ 0 Me causan tanto placer las cosas que me gustan como antes lo hacían ○ 1 No disfruto tanto de las cosas como antes ○ 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que antes disfrutaba ○ 3 No puedo obtener placer de las cosas que antes disfrutaba **5. Sentimientos de culpa** ○ 0 No me siento culpable por algo en particular ○ 1 Me siento culpable sobre cosas que hice o debí haber hecho ○ 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo ○ 3 Me siento culpable todo el tiempo **6. Sentimiento de castigado** ○ 0 No siento que me estén castigando ○ 1 Siento que puedo estar siendo castigado ○ 2 Yo espero ser castigado ○ 3 Siento que estoy siendo castigado	○ 2 Lloro por cosas insignificantes ○ 3 Me siento como si quisiera llorar pero no puedo **11. Agitación** ○ 0 No me encuentro más agitado o de lo usual ○ 1 Me siento mas agitado o de lo usual ○ 2 Me siento tan agitado que me es difícil mantenerme quieto ○ 3 Me siento tan agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo. **12. Pérdida de Interés** ○ 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades ○ 1 Estoy menos interesado en otras personas o actividades que antes ○ 2 He perdido la mayoría del interés en otras personas o actividades ○ 3 Es difícil el interesarme en algo

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre
- 1 Encuentro más difícil tomar decisiones que antes
- 2 Tengo mucha mayor dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Tengo problemas en tomar cualquier decisión

14. Sin Valía

- 0 No me siento un inútil
- 1 No me considero tan útil o con tanta valía como solía hacerlo
- 2 Me siento más inútil comparado con otras personas
- 3 Me siento completamente devaluado, sin valía alguna como persona

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía de lo usual
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo suficiente energía para hacer cualquier cosa

16. Cambios en patrones de sueño

- 0 no he experimentado ningún cambio en mis patrones de sueño
- 1ª Duermo algo más de lo usual
- 1b Duermo algo menos de lo usual
- 2ª Duermo mucho más de lo usual
- 2b Duermo mucho menos de lo usual
- 3ª Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano de o usual y ya no puedo volver a dormir.

19. Dificultad para concentrarse

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre
- 1 No me puedo concentrar tan bien como antes
- 2 Me es difícil mantener mi atención en algo por mucho tiempo
- 3 No me puedo concentrar en nada

20. Cansancio o fatiga

- 0 No me siento más cansado o fatigado de lo normal
- 1 Me he cansado o fatigado más fácilmente de lo usual
- 2 Estoy muy cansado o fatigado como para hacer muchas de las cosas que antes hacia
- 3 Estoy muy cansado o fatigado como para hacer todo lo que hacía antes

21. Pérdida de interés en el Sexo

- 0 No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
- 2 Estoy mucho menos interesado el sexo ahora
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo

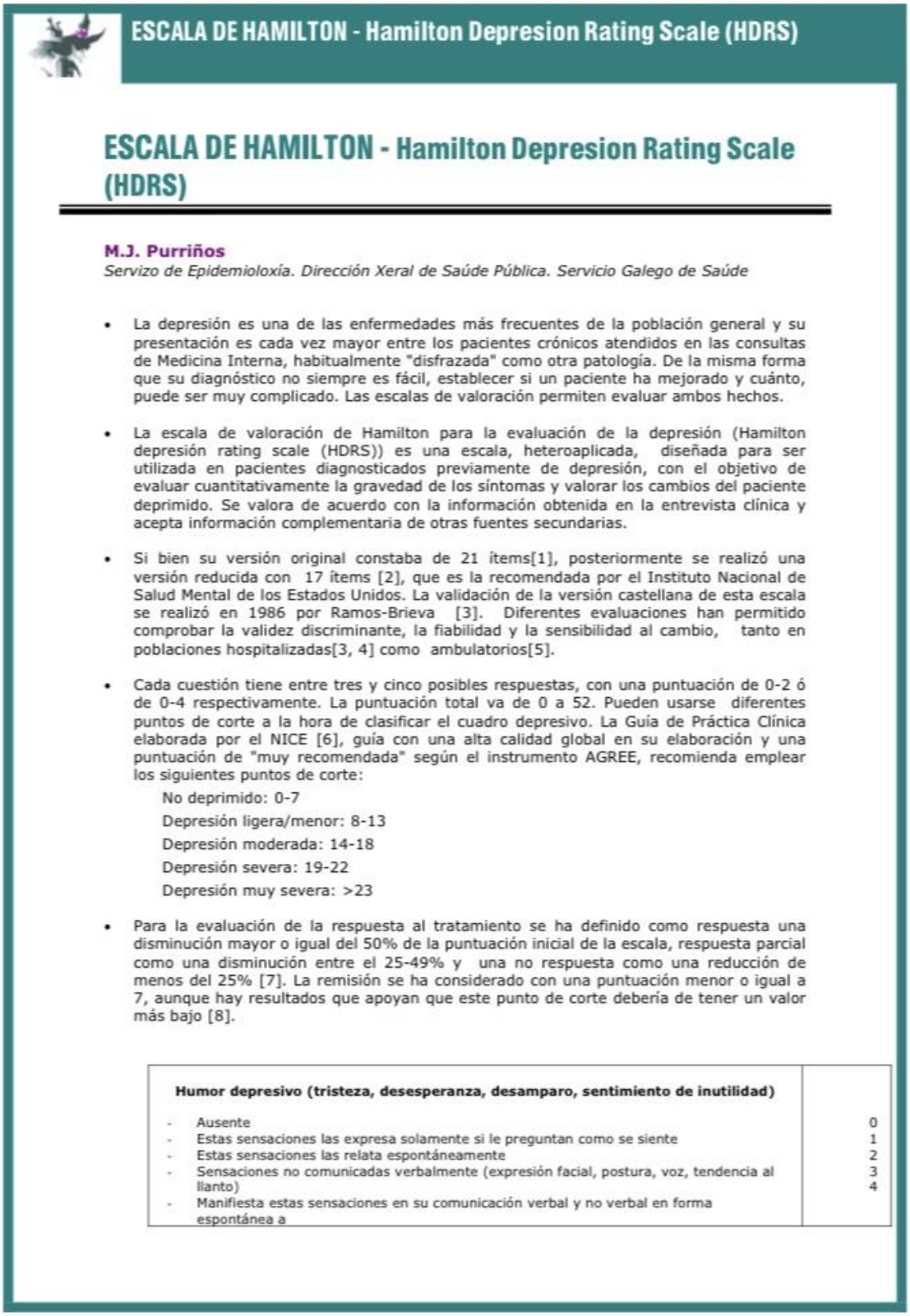
Preguntas complementarias

22. Aproximadamente, ¿hace cuanto tiempo ha tenido este malestar emocional?

- 1 Menos de 2 semanas
- 2 2-3 semanas
- 3 1-2 meses
- 4 3-5 meses
- 5 6-12 meses

17. Irritabilidad ○ 0 No me encuentro más irritable de lo usual ○ 1 Estoy más irritable de lo usual ○ 2 Estoy mucho más irritable de lo usual ○ 3 Estoy irritable todo el tiempo **18. Cambios en el apetito** ○ 0 No he tenido cambios en mi apetito ○ 1a Mi apetito es algo menos de lo usual ○ 1b Mi apetito es algo más de lo usual ○ 2ª Mi apetito es mucho menos que antes ○ 2b Mi apetito es mucho más que antes ○ 3ª No tengo apetito ○ 3b Pienso en comida todo el tiempo	○ 6 Más de un año **23. ¿Se siente peor por las mañanas pero va mejorando mientras avanza el día?** ○ 1 SI ○ 2 NO **24. ¿Ha notado que a pesar que pasen cosas buenas, estas no le hacen sentir mejor?** ○ 1 SI ○ 2 NO

Apéndice D. Instrumento Hamilton



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños
Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.

- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].

- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

  No deprimido: 0-7

  Depresión ligera/menor: 8-13

  Depresión moderada: 14-18

  Depresión severa: 19-22

  Depresión muy severa: >23

- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	0
- Ausente	1
- Ligera	2
- Moderada	3
- Severa	4
- Incapacitante	
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1 2
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3 4
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspeccción (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
- No se da cuenta que está enfermo	3

Apéndice E. Instrumento HADS.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Nombre_____

Fecha Actual_____ **Fecha del diagnóstico**_____

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted ***durante la semana pasada****. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.*

1. **Me siento tenso@ o nervios@.**
   - Todos los días. 3
   - Muchas veces. 2
   - A veces. 1
   - Nunca. 0

2. **Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.**
   - Como siempre. 0
   - No lo bastante. 1
   - Sólo un poco. 2
   - Nada. 3

3. **Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.**
   - Definitivamente y es muy fuerte. 3
   - Sí, pero no es muy fuerte. 2
   - Un poco. Pero no me preocupa. 1
   - Nada 0

4. **Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.**
   - Al igual que siempre lo hice. 0
   - No tanto ahora. 1
   - Casi nunca. 2
   - Nunca. 3

5. **Tengo la cabeza llena de preocupaciones.**
   - La mayoría de las veces. 3
   - Con bastante frecuencia. 2
   - A veces, aunque no muy seguido. 1
   - Sólo en ocasiones. 0

6. **Me siento alegre.**
   - Nunca. 3
   - No muy seguido. 2
   - A veces. 1
   - Casi siempre. 0

7. **Puedo estar sentad@ tranquilamente y sentirme relajad@.**
   - Siempre. 0
   - Por lo general. 1
   - No muy seguido. 2
   - Nunca. 3

8. **Siento como si yo cada día estuviera más lent@.**
   Por lo general en todo momento. 3
   Muy seguido. 2
   A veces. 1
   Nunca. 0

9. **Tengo una sensación extraña, como de aleteo de mariposas o vacío en el estómago.**
   Nunca. 0
   En ciertas ocasiones. 1
   Con bastante frecuencia. 2
   Muy seguido. 3

10. **He perdido el deseo de estar bien arreglad@ o presentad@.**
   Totalmente. 3
   No me preocupa como debiera. 2
   Podría tener un poco más de cuidado. 1
   Me preocupo al igual que siempre. 0

11. **Me siento inquiet@, como si no pudiera parar de moverme.**
   Mucho. 3
   Bastante. 2
   No mucho. 1
   Nada. 0

12. **Me siento con esperanzas respecto al futuro.**
   Igual que siempre. 0
   Menos de lo que acostumbraba. 1
   Mucho menos de lo que acostumbraba. 2
   Nada. 3

13. **Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro.**
   Muy frecuentemente. 3
   Bastante seguido. 2
   No muy seguido. 1
   Nada. 0

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
   Seguido. 0
   A veces. 1
   No muy seguido. 2
   Rara vez. 3

SUBESCALA DE ANSIEDAD (1,3,5,7.9.11, 13) _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN (2,4,6,8,10,12,14) _____

Apéndice F. Instrumento PCL-5.

PCL-5 NOMBRE: FECHA

Instrucciones: Abajo hay una lista de problemas que algunas veces tienen las personas en respuesta a experiencias muy estresantes. Manteniendo su Peor Experiencia en mente, por favor lea cuidadosamente cada problema y circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante LA SEMANA PASADA.

Durante la semana pasada ¿Cuánta molestia ha sentido por?:	*Nada*	*Un poco*	*Moderadamente*	*Bastante*	*Extremadamente*
1. Recuerdos repetitivos, perturbadores y no deseados de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos y perturbadores de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviendóla).	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le recordó la experiencia estresante (Ej., corazón acelerado, problemas para respirar, sudoración).	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos, o sentimientos relacionados con la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (Ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, o situaciones).	0	1	2	3	4
8. Tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
9. Tener fuertes creencias negativas acerca de usted mismo/a, otras personas, o el mundo (Ej., soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es totalmente peligroso.	0	1	2	3	4
10. Culparse usted mismo/a o culpar a otras personas por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ésta.	0	1	2	3	4
11. Tener fuertes sentimientos negativos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza.	0	1	2	3	4
12. Perder interés en actividades que solía disfrutar.	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas.	0	1	2	3	4
14. Tener dificultad para sentir emociones positivas (Ej., ser incapaz de sentir alegría, o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted).	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, explosiones de enojo, o actuar agresivamente.	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño.	0	1	2	3	4
17. Estar "extremadamente alerta", o vigilante, o a la defensiva.	0	1	2	3	4
18. Sentirse muy nervioso/a o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3	4
19. Tener dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
20. Tener dificultad para dormirse o mantener el sueño.	0	1	2	3	4

SUMAR CADA COLUMNA

Apéndice G. Instrumento Rosenberg.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo
B. De acuerdo
C. En desacuerdo
D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Apéndice H. Consentimiento Informado proporcionado en PsicoAlianza

PsicoAlianza
Psicología, Psicoterapia y Educación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, confirmo de manera voluntaria que me encuentro en total uso de mis facultades para tomar decisiones y entender la información que aquí se me presenta.

Por medio del presente yo, _____, en calidad de psicóloga tratante, me permito informar y explicar acerca de las fases del proceso psicoterapéutico y los compromisos que se adquieren a: _____ en adelante nombrado el (la) paciente, siendo así su derecho.

La psicoterapia es un tratamiento utilizado para dificultades que interfieren en el bienestar emocional y para problemas y trastornos de la salud mental; durante su proceso dinámico es posible ver movimientos afectivos, cognitivos y conductuales. Algunos factores de los que depende el tiempo de estos cambios son: el método, el compromiso, la constancia, el seguimiento de indicaciones, la disposición del paciente y en algunas ocasiones el apoyo de los padres (en psicoterapia infantil).

En PsicoAlianza el proceso abordado con las y los pacientes es el siguiente:

- Entrevista clínica
- Firma de consentimiento informado y compromisos (anexo 1)
- Aplicación de pruebas
- Informe de resultados
- Plan de Intervención terapéutica
- Intervención terapéutica
- Culminación del proceso

Es importante saber que la aplicación de pruebas es elegida de acuerdo al criterio clínico de la terapeuta, y los resultados de éstas serán compartidos durante la sesión de devolución o lectura de

informe que integrará el expediente del paciente (en caso de necesitar una copia, preguntar el costo y especificar los requerimientos).
Cabe mencionar que la información recopilada en la entrevista, pruebas, notas realizadas e información que el paciente comparta durante las sesiones es estrictamente confidencial.

Nota 1: Los menores de edad tienen que ir acompañados de un responsable adulto en todas las ocasiones.

Nota 2: En caso de que el paciente se considere en riesgo, se ocupará el contacto de emergencia o se seguirá el protocolo de emergencia.

Entiendo que el presente consentimiento informado, como norma ética, se fundamenta en el respeto a la autonomía de las y los pacientes y en la obligación de beneficencia que tienen los profesionales sanitarios.

De tal manera yo, _____, manifiesto que es mi deseo y decisión, comenzar un proceso psicoterapéutico en Centro PsicoAlianza, iniciando el día _____ de 202__.

_____ _____

Firma de conformidad

Psicóloga tratante
Cédula profesional

CURRICULUM VITAE

Blanca Estela Fernández Molina

Originaria de la Ciudad de México, Blanca Estela Fernández Molina realizó estudios profesionales de posgrado en el Instituto Superior de Estudios de Occidente, con sede en Tépic Nayarit. La investigación titulada: Modelo integral de intervención en depresión y factores asociados para adultos de 19 a 25 años que acuden a Centro PsicoAlianza, es la que presenta en este documento para aspirar al grado de doctora en Salud Mental.

Es licenciada en Psicología, cuenta con una Maestría en Psicoterapia y ha cursado diplomados en Psicoterapia Infantil, Neurobiología del Comportamiento Humano, Planeación Estratégica y Alta Dirección en las Organizaciones, y Psicosomática Psicoanalítica. Se ha entrenado en la Psicoterapia EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), así como en las especialidades de este mismo abordaje: Estados del Ego, Trastornos disociativos y Adicciones y compulsiones. Ha tomado una formación en Psiconeuroinmunoendocrinología y en diversos cursos referentes a salud mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo clínico, específicamente en la intervención psicoterapéutica desde hace aproximadamente nueve años.

Así mismo ha participado en el Programa “Salud del Escolar” perteneciente a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Benito Juárez en el año 2014, en el área de evaluación psicológica. Colaboró en la Brigada de Apoyo Psicosocial de la

Comunidad Latinoamericana en Resiliencia de la UNAM, como respuesta ante el sismo ocurrido en la Ciudad de México en 2017, así como de 2020 a 2021 derivado de la emergencia por la pandemia COVID-19.

Actualmente labora en una clínica de la UNAM, en un puesto administrativo en una jefatura de sección. Es fundadora y directora de Centro PsicoAlianza, cuyo espacio está destinado al desarrollo de herramientas para el bienestar mental a través de la psicología, la psicoterapia y la psicoeducación; entre sus funciones están la canalización de pacientes, la intervención psicoterapéutica y la supervisión a las psicólogas integrantes del equipo de trabajo.

Como psicóloga y psicoterapeuta, Blanca Estela Fernández Molina, se desempeña en la consulta privada, además de impartir pláticas, talleres, cursos, capacitaciones, así como el desarrollo de materiales terapéuticos y artículos de promoción.

Algunos de sus valores y habilidades son la empatía, pasión, objetividad, solidaridad, asertividad, adaptabilidad, prudencia, creatividad, disciplina, escucha activa, capacidad de análisis y de autoaprendizaje.

Su objetivo como profesionista es representar con calidad, eficiencia y ética, la ciencia y profesión de la Psicología. Continuar desarrollándose dentro del área clínica, aportando y aplicando conocimientos, buscando promover en las personas alcanzadas la reflexión y consciencia del cuidado de sí mismo y del ambiente, esperando así, un estado de salud y bienestar físico y mental, siempre manteniendo un trato cálido y humano.


ISEO
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE