

Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso¹

Adaptation of remote cognitive behavioral therapy for childhood depression: A case study

Karla Suárez² y Edgar Landa-Ramírez^{2, 3}

Universidad Nacional Autónoma de México²
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”³

Autor para correspondencia: Karla Suárez, suarilez@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

Este artículo describe la adaptación de un tratamiento cognitivo-conductual en línea para la depresión en una niña de siete años. Destaca los retos que supone adaptar una intervención basada en evidencia probada en la práctica clínica de forma presencial, para su aplicación en internet. Se presenta un estudio de caso que ilustra los aspectos prácticos y técnicos de la implementación de la intervención, y demuestra la viabilidad de lograr resultados exitosos brindando la atención mediante esta vía. Se evaluó e implementó el tratamiento al inicio del aislamiento social debido a la pandemia del COVID-19. El programa ayudó a disminuir la sintomatología depresiva, así como sus comorbilidades (ansiedad, déficit de atención y problemas de conducta), además de mejorar en dos de las tres metas de tratamiento planteadas. Sin embargo, no se pueden obtener conclusiones firmes sobre la eficacia del tratamiento hasta que se disponga de diseños metodológicos más rigurosos. El estudio identifica direcciones para investigaciones futuras.

Palabras clave: Depresión; Terapia cognitivo-conductual; Internet; Online; Niños.

ABSTRACT

This article describes adapting an online cognitive behavioral treatment for depression in a seven-year-old girl. It highlights the challenges of adapting an evidence-based intervention tested in clinical practice in a face-to-face setting for implementation via the Internet. The study presents a case illustrating the practical and technical aspects of implementing the intervention and demonstrates the feasibility of achieving successful outcomes by providing care via the Internet. Treatment was evaluated and implemented at the onset of social isolation due to the COVID-19 coronavirus pandemic. The program helped to reduce depressive symptomatology, as well as its comorbidities (anxiety, attention deficit, and behavioral problems), in addition to improving two of three treatment goals. However, firm conclusions about treatment efficacy cannot be drawn until more rigorous methodological designs are available. The study identifies directions for future research.

Key words: Depression; Cognitive behavioral therapy; Internet; Online; Children.

¹ Este artículo es un requisito doctoral de la primera autora bajo la dirección del segundo.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, teléfono: 56 22 23 32

³ Programa de Psicología Urgencias, Calz. de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.



Recibido: 03/04/2022

Aceptado: 25/10/2022

La depresión es un trastorno que afecta alrededor de 350 millones de personas en el mundo (World Health Organization [WHO], 2012). La depresión infantil es un trastorno que se caracteriza por síntomas de tristeza, anhedonia, culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, aislamiento, irritabilidad, llanto excesivo y dificultad de concentración en las actividades (American Psychiatric Association [APA], 2014). En el caso de los niños, es un problema subdiagnosticado en gran medida por el desconocimiento de su existencia, así como por la comorbilidad que tiene con otras afecciones, como la ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los problemas de conducta (Benjet *et al.*, 2004; Harrington *et al.*, 1997).

La epidemiología global de la depresión infantil más reciente es la referida en un metaanálisis de 41 estudios efectuados en 27 países, incluido México, donde se reportó una prevalencia puntual de 2.6% en edades de 6 a 18 años (Polanczyk *et al.*, 2015). En cuanto a su etiología, el inicio de dicho trastorno puede deberse a factores genéticos (Sullivan *et al.*, 2000), inmunológicos (Danese *et al.*, 2008) y neuroendocrinológicos (Thase, 2008), como también a factores ambientales estresantes, como eventos vitales graves, estrés crónico o exposición a la adversidad desde la infancia, así como a un procesamiento deficiente de la información emocional (England y Sim, 2009).

Manifestar depresión puede traer diversas consecuencias físicas en los niños, como dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga (Korczak *et al.*, 2017); psicológicas, como agresividad, bajo control de impulsos, sentimientos de culpa, miedo, enojo, odio hacia sí mismo, pensamientos de que nadie los quiere y comentarios negativos hacia ellos mismos (Charles y Fazeli, 2017; Weiss y Garber, 2003), y sociales, como aislamiento, incapacidad para relacionarse con familiares o amigos, reducción de actividades y decremento del rendimiento académico (Charles y Fazeli, 2017). Todas

las afectaciones anteriores son de particular importancia no solo por la sintomatología que conllevan, sino por las repercusiones que tienen en la vida adulta, ya que se ha reconocido a la depresión como un factor de riesgo para el abandono escolar, consumo de sustancias, desempleo, divorcio y conductas delictivas (Davies *et al.*, 2018; Wickersham *et al.*, 2021).

Dentro de los tratamientos psicológicos para la depresión en niños, la terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) ha sido una de las más investigadas y más recomendadas para aplicarse a dicha población (American Psychological Association, 2019; WHO 2016); así, se han diseñado y adaptado programas específicos de TCC para disminuir la depresión en niños (Essau *et al.*, 2019), adolescentes (Clarke *et al.*, 1999; Garber *et al.*, 2009) o ambos (Weisz *et al.*, 1997; Weisz *et al.*, 2012). Cabe mencionar que este tipo de intervenciones se han probado con modelos de atención presenciales. Con el distanciamiento social provocado por la pandemia de COVID-19, se interrumpieron la mayoría de las interacciones sociales, educativas y laborales, así como también los modelos de atención de salud (Medina-Mora, 2020). Dicho modelo de atención tradicional presencial individual ha sido el dominante en la investigación y la práctica clínica; desafortunadamente, no tiene un alcance considerable en el caso de la mayoría de las personas que necesitan la atención psicológica (Kazdin, 2019).

La literatura de la telepsicología enfocada en niños y adolescentes utilizada antes de la pandemia era escasa. Este modelo de psicoterapia había sido implementado principalmente en adultos (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013), pero la información sobre la eficacia de tales tratamientos psicológicos en la población infantil por medio de videoconferencias era bastante más limitada (Slone *et al.*, 2012). Algunos de los trabajos que se efectuaron en ese entonces mostraron resultados alentadores en cuanto al uso de esa tecnología en la TCC para la depresión y la ansiedad en la población infantojuvenil (Calear *et al.*, 2009; O'Kearney *et al.*, 2006; O'Kearney *et al.*, 2009).

La evidencia que se ha descrito sugiere la necesidad de promover modelos de intervención novedosos, como los que ofrece la telepsicología, para generar el desarrollo de esta línea de trabajo y así tener un mayor alcance en las personas que necesitan ayuda y que no la reciben. Debido a lo anterior, se reporta aquí un estudio de caso de una niña con sintomatología depresiva que inició su tratamiento en el momento en que comenzó la pandemia por COVID-19 cuyos objetivos son demostrar la efectividad clínica de una adaptación de un tratamiento basado en evidencia en el contexto virtual, así como de discutir sus implicaciones de la práctica clínica. Se esperaba que la adaptación de la TCC podría disminuir la sintomatología depresiva, así como las diferentes comorbilidades. Es importante mencionar que las secciones del presente caso clínico se redactaron con base en las recomendaciones de Virués y Moreno (2008) para los reportes científicos de casos clínicos.

MÉTODO

Participante

Karen (seudónimo), una paciente de siete años con sintomatología depresiva, forma parte de una familia de clase media-baja conformada por el padre, la madre y un hermano de dos años de edad. Al momento de la evaluación, cursaba el segundo año de primaria en una escuela pública. El personal de la escuela solicitó atención psicológica por presentar la menor problemas de conducta (mala relación con sus compañeros de clase e intimidada frecuentemente por una compañera). Karen y su madre fueron evaluadas de forma rutinaria y estandarizada en el Centro Comunitario UNAM “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” de Ciudad de México. La preocupación principal de la madre, reportada en la entrevista de primera vez, era el funcionamiento conductual y emocional de Karen. Esta plática se lleva a cabo con base en la guía de intervención mhGAP (WHO, 2016) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de

salud no especializada. A partir de esta entrevista, se encontró en la menor una sintomatología depresiva.

Estrategias de evaluación

Se obtuvieron los datos sociodemográficos de la paciente por medio del expediente clínico proporcionado por el centro comunitario y de una entrevista semiestructurada que se aplicó tanto a la paciente como a su madre. De igual manera, se evaluaron diversos aspectos emocionales y conductuales con los siguientes instrumentos:

Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños de 6-18 años (CBCL/6-18, por sus siglas en inglés) (Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Este instrumento mide la psicopatología conductual y afectiva de niños y adolescentes de 6 a 18 años durante los últimos seis meses a través de los padres (*cf.* Albores *et al.*, 2007). La prueba consta de 113 reactivos divididos en ocho factores: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamientos, problemas de atención, quebranto de normas y conducta agresiva. Dichos factores se agrupan para formar dos escalas: Problemas internalizados y Problemas externalizados, además de una escala total de problemas. Describe otras ocho escalas orientadas al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM): trastornos afectivos, ansiedad, quejas somáticas, TDAH, opositorista desafiante, problemas de conducta, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés postraumático. Además de evaluar la puntuación de cada síndrome, la prueba mide dos dimensiones dependiendo de los síntomas: problemas internalizados (compuesta por las subescalas de Ansiedad/depresión, Depresión/aislamiento y Quejas somáticas) y problemas externalizados (Quebranto de normas y Conducta agresiva). Su calificación puede efectuarse manualmente a través de perfiles, o bien empleando un programa computarizado, utilizándose este último en este caso. Las puntuaciones directas son transformadas en puntuaciones típicas según baremos diferentes para niños y para niñas. El CBCL

6/18 tiene una confiabilidad test-retest de 0.90 y una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.78 a 0.97. Las propiedades psicométricas del CBCL6/18 han sido estudiadas en varias culturas, mostrando que la estructura en general es consistente al no mostrar variaciones significativas (Achenbach y Rescorla, 2001). Los puntos de corte del CBCL 6/18 se establecieron a partir de los percentiles de la puntuación total de los participantes del estudio, formando así tres categorías según el percentil: normal (0-92), limítrofe (93-97) y clínico (98-100). Para interpretar los síntomas de cada trastorno se puede obtener la sumatoria de todos los reactivos y transformarla a puntajes *t*: normal (< 65), límite (65-69) y clínico (> 69). En el caso de los problemas internalizantes y externalizantes, el rango clínico por percentil se considera a partir del percentil 90, y para las puntuaciones *t* se consideran, a saber: normal (< 60), límite (60-63), clínico (> 63) (Achenbach *et al.*, 2003; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Encuesta de Comportamiento y Sentimientos-versión para el cuidador (BFS, por sus siglas en inglés) (Weisz, *et al.* (2019).

Es una breve escala de calificación de doce reactivos diseñada para facilitar el monitoreo eficiente del progreso durante la psicoterapia infantil. Los reactivos se califican en una escala de 0 (“No es un problema”) a 4 (“Es un gran problema”). Se pueden derivar tres puntajes de la escala: problemas de internalización (suma de los elementos 1-6), problemas de externalización (suma de los elementos 7-12) y problemas totales (suma de los elementos 1-12). Fue desarrollado y evaluado en cuatro muestras de jóvenes de entre 7 y 15 años de edad, con resultados que demostraron una adecuada consistencia interna ($\alpha = .85-.94$) y utilidad para rastrear el cambio durante la psicoterapia juvenil. Para esta investigación, el BFS fue adaptado al idioma español al no estar validado en México. Solo se tomó como base para el registro conductual, utilizándose la escala de conductas internalizantes, que consta de seis reactivos. Esta escala aún no cuenta con normas para los límites normales, limítrofes y clínicos, por lo que en este estudio de caso, como observación clínica, se dividieron las puntuaciones 0-8 como de rango bajo, 9-16 de rango medio y 17-24 de rango alto.

Escala de Consecución de Metas (GAS, por sus siglas en inglés) (Kiresuk y Sherman, 1968).

Es un método desarrollado originalmente en el campo de la salud mental con adultos para el establecimiento de objetivos del tratamiento. En él, se llevan a cabo entrevistas al inicio y final de la intervención a fin de evaluar si el paciente logra las metas de tratamiento específicas que se han establecido. El cuidador selecciona al menos tres metas. Los objetivos deben ser descritos de forma precisa, así como el grado de aumento o decremento de la conducta. También se deben identificar los incrementos por encima o por debajo del nivel de desempeño esperado. Se utiliza una escala de cinco puntos, de -2 a +2, para graduar los objetivos, donde 0 es el nivel esperado de desempeño.

Procedimiento

La evaluación se inició de modo presencial justo antes de la pandemia por COVID 19 en el mes de febrero de 2020, continuándose la intervención de forma remota a lo largo de tres meses.

Durante la primera sesión se le explicó a la madre y a la paciente en qué consistía el tratamiento y cómo se llevaría a cabo la evaluación, explicándoles que su participación era voluntaria, totalmente confidencial, y que el tratamiento tomaría aproximadamente dos meses. También se les reiteró que podían rehusarse a participar sin ninguna consecuencia como usuarios de los servicios en el centro comunitario o de cualquier otra índole. Se firmó una carta de consentimiento informado, así como una de conformidad con la información antes descrita, tras de lo cual se aplicó el CBCL 6/18.

Durante la segunda sesión se entrevistó a la madre de Karen y se le brindó información sobre la depresión y la ansiedad para formular preguntas con base en la información obtenida (por ejemplo, “¿Cómo vive la depresión su hija?”). Esta sesión se efectuó una semana antes de que comenzara el aislamiento por la pandemia, de modo que se canceló la siguiente cita, y un mes después, al no saber cuánto tiempo tardaría en reanudarse las actividades del centro comunitario, se estableció contacto por teléfono con la madre para saber si deseaban continuar el tratamiento en línea. Al acceder esta, se comenzó con las mediciones diarias

con el BFS para obtener la línea basal y comenzar el tratamiento por medio de mensajes de texto. Al final de la intervención, se aplicó nuevamente el CBCL 6/18.

Formulación clínica del caso

El análisis de la formulación de caso es un procedimiento experimental que se fundamenta en el contraste de hipótesis para desarrollar una teoría clínica sobre la adquisición y mantenimiento de los problemas psicológicos que afectan al paciente (Graña, 2005). En el caso clínico que aquí se reporta se encontraron el acoso escolar y el nacimiento de un hermano como antecedentes del problema. Estas situaciones generaban en Karen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales, como sentimiento de tristeza, irritabilidad, pensamientos disfuncionales (como el no sentirse querida por nadie) y habilidades sociales inadecuadas. Lo que antecedía a la conducta problemática de la paciente eran diversas situaciones (como que le dieran un juguete o una golosina a su hermano, ordenarle que hiciera la tarea escolar o que finalizara una actividad divertida), las que operaban como estímulos detonantes para crear situaciones problemáticas y discusiones, principalmente con la madre, lo que reforzaba las conductas problemáticas de Karen, y sus sentimientos de tristeza y pensamientos disfuncionales.

Tratamiento

La TCC es una de las intervenciones que trata los diferentes trastornos mentales en la población infantil y que cuenta con evidencia científica (Weisz y Kazdin, 2017). Sin embargo, se ha demostrado que los manuales individuales y enfocados en un solo trastorno, no se utilizan ampliamente en la práctica clínica, ya que cuando se emplean en ese contexto los resultados parecen ser menos efectivos que en los estudios controlados (Weisz *et al.*, 2006; Weisz *et al.*, 2013). A partir de estos hallazgos, se han desarrollado diferentes aproximaciones modulares de tipo transdiagnóstico (Barlow *et al.*; 2004; Ehrenreich-May *et al.*, 2017), las cuales utilizan un grupo consolidado de técnicas o in-

tervenciones basadas en evidencia para tratar de manera eficiente y efectiva múltiples trastornos o grupos de problemas simultáneos (Chu, 2012). Entre esos tratamientos, uno de los programas que cuenta con adaptaciones al español y que ha sido estudiado y probado en diferentes poblaciones, incluyendo la cultura latina, es la llamada Aproximación Modular para Terapia de Niños con Ansiedad, Depresión, Trauma o Problemas Conductuales (MATCH-ADTC por sus siglas en inglés) (Chorpita y Weisz, 2009).

En este caso clínico, al ser una adaptación remota, se utilizaron y adaptaron seis de los módulos del MATCH-ADTC a fin de reducir el tiempo de la intervención y de las sesiones. El programa incluye módulos para la ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y problemas de conducta en niños y adolescentes de entre 7 y 13 años. Los módulos centrales para la depresión incluyen técnicas de resolución de problemas, activación conductual, relajación y reestructuración cognitiva. El programa cuenta con audios para los ejercicios de relajación, los cuales se encuentran en internet en diferentes idiomas, incluido el español, y para diferentes edades. Debido a las condiciones de la pandemia, el programa se adaptó de manera virtual, tomando en cuenta los criterios de la telepsicología (competencia en el uso de la tecnología, lineamientos éticos, uso del consentimiento informado, confidencialidad de los datos, resguardo de la información y uso de instrumentos); se redujo asimismo el número de módulos y el tiempo de cada sesión (de una hora a 40 minutos), conservando las técnicas principales para la depresión.

El tratamiento original consta de doce módulos, si bien para esta adaptación se tomaron en cuenta solo seis, que incluían psicoeducación, solución de problemas, activación conductual, relajación, reestructuración y cierre. Se adaptó también un módulo adicional para las prácticas parentales basado en el método de Kazdin (2009). En esta sección se describe un conjunto de técnicas conductuales (elogiar, opuestos positivos, construir gradualmente, simulación y economía de fichas), dirigidas a los padres con el objetivo de modificar las conductas deseadas (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los módulos de la intervención para la depresión.

Módulo	Objetivo
1. Método de Kazdin	Entrenamiento dirigido a la madre sobre el uso de reforzadores como el elogio y la economía de fichas, como dar instrucciones, fortalecer conductas graduales e importancia de la práctica.
2 Aprendiendo depresión	Establecer una alianza terapéutica con la paciente, así como las metas del tratamiento. Psicoeducación sobre la depresión y conceptos necesarios para la introducción de la TCC con la niña.
3. Solución de problemas	Enseñar a la menor a resolver problemas de un modo efectivo por medio de cinco pasos: definir el problema, generar soluciones, definir las más viables, y escoger una y probarla.
4. Activación conductual	Identificar y utilizar actividades positivas para mejorar el estado de ánimo. Realizar una lista de actividades divertidas para la niña con el objetivo de seleccionar y llevar a cabo alguna de ellas cada día, aunque no tenga la motivación para llevarla a cabo.
5. Aprender a relajarse	Aprender a relajarse, que incluye respiración diafragmática profunda, relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno e imaginación guiada.
6. Reestructuración cognitiva	Identificar y revisar pensamientos negativos e irreales con el fin de mejorar el estado de ánimo. Se utilizó un capítulo de un dibujo animado, en la cual hay un malentendido, y después se plantea que los pensamientos no necesariamente reflejan la realidad.
7. Cierre	Concluir el tratamiento de la paciente, haciendo un resumen de todo lo aprendido e implementando el concepto de la llamada "caja de herramientas".

Procedimiento

En este estudio de caso clínico con medidas pre y post, la adaptación del tratamiento presencial a la modalidad virtual se hizo debido a que el aislamiento no permitía aquel. El tiempo de las sesiones fue reducido porque se ha visto que el periodo de atención en los niños suele ser menor en esta modalidad. También el número de sesiones se modificó para disminuir el requisito o el costo de dar continuidad a la terapia. Para cuidar la privacidad de los terapeutas y de la paciente se mantuvieron en un lugar aislado de la casa y utilizando audífonos si estaban disponibles. El tratamiento fue impartido por una de las autoras, quien tiene estudios de posgrado y más de diez años de experiencia clínica en población infantil.

Durante las sesiones, Karen mostró memoria, lenguaje, atención y un aliño adecuado. Cinco de las sesiones se cancelaron y reprogramaron en razón de problemas técnicos, organización de los horarios en el hogar y otras actividades, por lo que el tratamiento no se impartió semanalmente, según estaba planeado.

RESULTADOS

Pretratamiento y línea base

En las escalas de problemas del CBCL 6/18, todas las puntuaciones de los problemas internalizantes, externalizantes y totales se encontraban en el rango clínico por encima del percentil 90 para niñas de siete años. Las puntuaciones de Karen en las dimensiones de aislamiento/depresión y quejas somáticas estaban en el rango clínico límite (percentil de 93 a 97). Las puntuaciones en ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de incumplimiento de reglas y conducta agresiva se ubicaron en el rango clínico por encima del percentil 97. En las escalas orientadas al DSM, su puntuación en los problemas somáticos se hallaba en el rango normal. Las puntuaciones en depresión, déficit de atención/hiperactividad, conducta oposicionista desafiante y problemas de conducta se encontraban en el rango clínico por encima del percentil 97, y los problemas de ansiedad, en el rango clínico límite (percentil de 93 a 97).

El registro GAS se elaboró en conjunto con la madre y con base en las tres conductas que más le preocupaban de su hija: *a)* la conducta de evasión y discusión durante las tareas escolares; *b)* entrometerse en las conversaciones de los adultos, y

c) decir que no la querían. Se corroboraron que esas conductas fueran claras y precisas en el registro. En el GAS, la madre refirió que las conductas meta habían mejorado, a excepción de la conducta entrometerse en las conversaciones (Tabla 2).

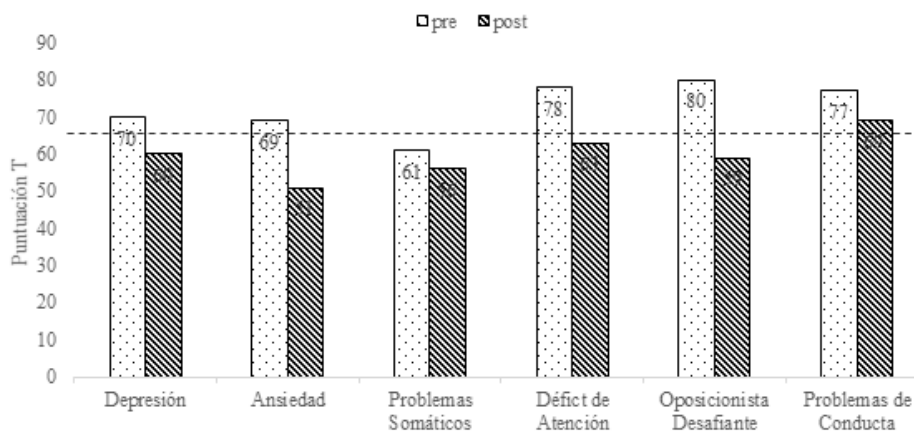
Tabla 2. Calificación de la escala GAS por la madre de la paciente después de la intervención.

Nivel de resultado esperado	Punt.	Meta 1: Seguir instrucciones	Meta 2: Entrometerse en las conversaciones	Meta 3: Decir que nadie la quiere
Mucho mejor de lo esperado.	2	Realizar las tareas o actividades como la tarea escolar con mala actitud o sin ningún contratiempo.	Excluirse de conversaciones de adultos o niños mayores por completo.	Aceptar tranquila que el juego se acaba o no se realiza lo que ella pide o quiere.
Mejor de lo esperado.	1	Realizar las tareas o actividades como la tarea escolar con resistencia moderada por 5 minutos (poniendo “mala cara”). ✓	Participar en conversaciones de adultos o de niños mayores (solo escuchando)	Enojarse y ponerse seria al acabarse la actividad o juego divertido cuando no se hace lo que ella quiere. ✓
Nivel esperado (nivel normal).	0	Realizar la tarea o actividad como la tarea escolar con resistencia de 10 minutos (con mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla)	Entrometerse en conversaciones de adultos (escuchando u opinando)✓	Enojarse y decir “No me quieren” cuando se acaba la actividad o juego divertido al no hacer lo que ella quiere.
Menos de lo esperado.	-1	No realiza la actividad como la tarea escolar después de haberse resistido por 5 minutos (mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla, berrinche)	Entrometerse en conversaciones de adultos y niños mayores (escuchando, preguntando sobre contenido sexual no acorde a su edad).	Enojarse y decir “no me quieren” y pegar cuando se acaba la actividad o juego divertido, cuando no se hace lo que ella quiere.
Mucho menos de lo esperado.	-2	No realiza la actividad como la tarea escolar después de haberse resistido por 10 minutos (mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla, berrinche)	Entrometerse en conversaciones de adultos y niños mayores (escuchando, opinando e imitando contenidos sexuales, buscando información en internet con contenido pornográfico).	Enojarse y decir “no me quieren” cuando se acaba la actividad o juego divertido, cuando no se hace lo que ella quiere pega, hace berrinche.

En la escala de los problemas internalizantes del BFS se obtuvieron seis mediciones antes de iniciar

el tratamiento, observándose un decremento relativo de los síntomas de la línea base (Figura 1).

Figura 1. Cambios en las subescalas clínicas del instrumento CBCL 6/18 antes y después de la intervención.



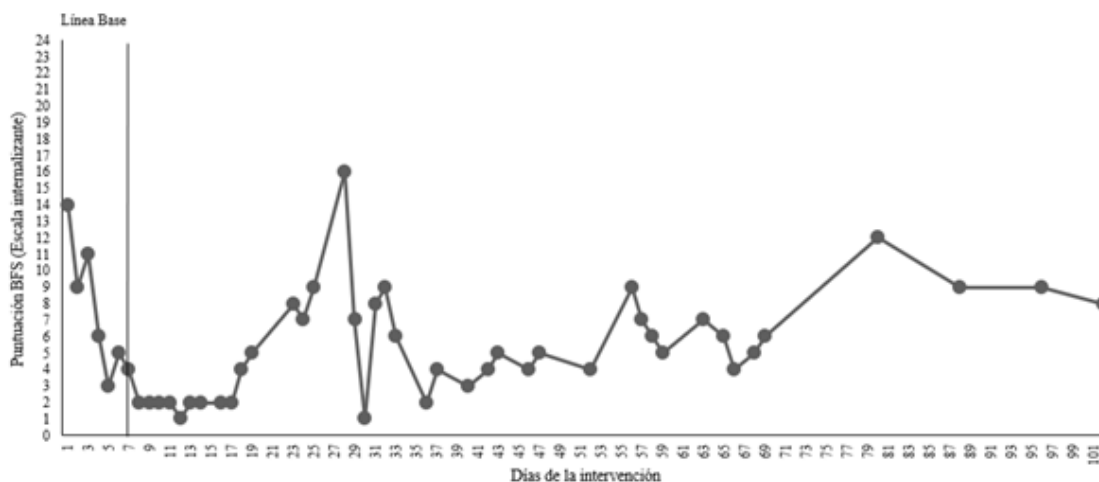
Tratamiento y postratamiento

En el postratamiento, la paciente manifestó una disminución de la sintomatología depresiva, así como de las comorbilidades. En la Figura 1 se detallan los resultados de la prueba CBCL 6/18 antes de la intervención y después de la misma. La línea horizontal punteada en la parte superior que indica el punto de corte del instrumento (65T). En

todas las escalas hubo una disminución del rango clínico al normal.

En el BFS, se observó una disminución de los síntomas en la línea base y en el primero de los módulos, sin embargo, en la semana del segundo módulo hubo un aumento importante de los síntomas, día en el cual se reportó una discusión, y luego las puntuaciones se mantuvieron en un rango medio de la escala (Figura 2).

Figura 2. Puntuación en el BFS durante la línea base y tratamiento.



DISCUSIÓN

La finalidad del presente estudio de caso fue adaptar y desarrollar una intervención cognitivo-conductual remota para disminuir la sintomatología depresiva, así como sus comorbilidades en una paciente de siete años de edad. Con base en este objetivo, se efectuaron distintas estrategias de evaluación para identificar sus comorbilidades y conductas problema, así como desarrollar y adaptar la intervención a partir del contexto del aislamiento por la pandemia con un nuevo modelo de atención.

Los resultados obtenidos en el CBCL/6-18 indicaron que la adaptación remota de la TCC fue efectiva para reducir la sintomatología depresiva, y sus demás comorbilidades, como ansiedad, déficit de atención y problemas de conducta. Sin embargo, es importante subrayar que en el caso de los problemas de conducta, si bien hubo igualmente una disminución, no alcanzó los niveles normales. Estos resultados son consistentes con lo reportado en la literatura, ya que la depresión se acompaña de comorbilidades como ansiedad, déficit de aten-

ción y problemas de conducta (Benjet *et al.*, 2004; Harrington *et al.*, 1997).

Los resultados obtenidos en el BFS mostraron una disminución en la línea base y en la intervención, no obstante lo cual la sintomatología internalizante se mantuvo en el punto medio, sin disminuir como se esperaba. La literatura reportada sobre esta escala es escasa, e incluso sus autores recomiendan llevar a cabo más estudios, además de señalar que es una herramienta clínica (Weisz *et al.*, 2019) que, en este caso, fue utilizada para observar los cambios a través del tiempo, más que para emitir un diagnóstico. Los resultados obtenidos en el GAS mostraron que dos de las conductas meta disminuyeron (realización de las tareas escolares y decir que no la querían), aunque entrometerse en las conversaciones continuó sin cambios.

Debido a la pandemia de COVID-19, las investigaciones y la práctica clínica han necesitado de nuevas estrategias para impartir las intervenciones. Los retos que implica adaptar los tratamientos basados en evidencia a un contexto remoto son

diversos. En este caso clínico, se encontraron el uso y el acceso de la tecnología, la atención de la niña y la disponibilidad para las sesiones. La primera barrera, referente al acceso de la tecnología, coincide con lo descrito por Ros-DeMarize y colaboradores (2021). En cuanto a la atención, las recomendaciones descritas por Seager y colaboradores (2020) coinciden con cuidar esta cuestión durante las sesiones por videoconferencia.

Además de los obstáculos ya mencionados, dentro de las limitaciones de la investigación está que la mejoría de la paciente también pudo haber sido influida por el propio aislamiento, encontrándose a salvo de las situaciones estresantes que ocurrían en el ambiente escolar, lo cual tiene relación con la disminución del bullying escolar ante la pandemia (Bacher-Hicks *et al.*, 2021). Otra limitación importante fue el diseño, el estudio de caso se considera débil desde el punto de vista metodológico, la falta de condiciones controladas y la nula o escasa utilización de medidas objetivas (por ejemplo, replicables, fiables, válidas) hacen

que sea limitado como herramienta de investigación (Kazdin, 2021). Por último, el efecto de deseabilidad social en la respuesta de los instrumentos (Edwards, 1957). A pesar de estas limitaciones, sobre la base de este caso clínico y de la investigación (Ros-DeMarize *et al.*, 2021; Slone *et al.*, 2012), los programas TCC remotos parecen ser una opción viable para tener un alcance mayor en la atención de la población infantil a pesar de los obstáculos como la pandemia. El uso de la TCC con esta adaptación remota es una de los muchos nuevos modelos que podrían contribuir a tener un alcance en las personas que necesitan los servicios de salud mental. Los modelos novedosos, como la telepsicología, son necesarios para ampliar ese alcance y llegar a un gran número de personas que reciben pocos o ningún tipo de servicios, sobre todo a los niños y adolescentes que, como población minoritaria, se halla entre la más desatendidas. En investigaciones futuras se recomienda el uso de la tecnología y de condiciones metodológicas rigurosas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por las facilidades y el financiamiento para realizar este estudio, que forma parte de tesis de doctorado del programa de Doctorado de Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicha tesis y la formación doctoral de su autor fueron posibles gracias al apoyo de CONACYT, CVU/número de beca: 225175/720567.

Citación: Suárez, K. y Landa-Ramírez, E. (2023). Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 33(2), 345-355. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2817>.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 328-340. https://doi.org/10.1207/s15374424JCCP3203_02.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Albore G., L., Lara M., C., Esperón V., C., Cárdenas Z., J.A., Pérez S., A.M. y Villanueva C., G. (2007). Validity and reability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. APA.
- American Psychological Association (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Guideline development panel for the treatment of depressive disorders*. APA.

- Bacher-Hicks, A., Goodman, J., Green, J. y Holt, M. (2021). The COVID-19 pandemic disrupted both school bullying and cyberbullying. *National Bureau of Economic Research*. Doi: 10.3386/w29590.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C. y Zambrano R., J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000500007>.
- Calear, A.L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K.M. y O’Kearney, R. (2009). The Youth Mood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021-1032. <https://doi.org/10.1037/a0017391>.
- Charles, J. y Fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family Physician*, 46(12), 901-907.
- Chorpita, B.F. y Weisz, J.R. (2009). *Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC)*. PracticeWise, LLC.
- Chu, B.C. (2012). Introduction to special series: Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 1-4.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279. <https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00014>.
- Danese, A., Moffitt, T.E., Pariante, C.M., Ambler, A., Poulton, R. y Caspi, A. (2008). Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 409-415. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.409>.
- Davies, J., Sullivan, S. y Zammit, S. (2018). Adverse life outcomes associated with adolescent psychotic experiences and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 497-507. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1496-z>.
- Edwards, A.L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Dryden Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A.H., Kennedy, S.M., Remmes, C.S. y Barlow, D.H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.
- England, M.J. y Sim, L.J. (2009). Committee on depression, parenting practices, and the healthy development of children. En National Research Council (Ed.): *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and and prevention*. The National Academies Press.
- Essau, C.A., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B. y Ollendick, T.H. (2019). Evaluating the real-world effectiveness of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in children in a regular school setting. *Journal of Affective Disorders*, 253, 357-365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.036>.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone, T.R., DeBar, L.L., Lynch, F.L., D’Angelo, E., Hollon, S.D., Shamseddeen, W. e Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2215-2224. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.788>.
- Graña G., J.L. (2005). Formulación de casos clínicos en psicología clínica. En V. E. Caballo (Ed.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 99-120). Pirámide.
- Harrington, R., Rutter, M., Weissman, M., Fudge, H., Groothues, C., Bredenkamp, D. y Wickramaratne, P. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 9-22. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(96\).00091-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(96).00091-2).
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *The American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>.
- Kazdin, A.E. (2009). *The Kazdin method for parenting the defiant child*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Kazdin, A.E. (2019). Annual Research Review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 60(4), 455-472. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12937>.
- Kazdin, A.E. (2021). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Kiresuk, T.J. y Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Korcuzak, D.J., Ofner, M., LeBlanc, J., Wong, S., Feldman, M. y Parkin, P.C. (2017). Major depressive disorder among preadolescent Canadian children: rare disorder or rarely detected? *Academic Pediatrics*, 17(2), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.10.011>.

- Medina-Mora, M.E. (2020). COVID-19 and mental health: Challenges and opportunities. *Salud Mental*, 43(6), 241-242. Epub 24 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.033>.
- O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H. y Griffiths, K.M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 43-54. <https://doi.org/10.1080/16506070500303456>.
- O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. y Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 65-72. <https://doi.org/10.1002/da.20507>.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A y Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
- Ros-DeMarize, R., Chung, P. y Stewart, R. (2021). Pediatric behavioral telehealth in the age of COVID-19: Brief evidence review and practice considerations. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 51(1). <https://doi.org/10.1016/j.cpped.2021.100949>.
- Seager van Dyk, I., Kroll, J., Martinez, R.G., Emerson, N. y Bursch, B. (2020). *COVID-19 tips: Building rapport with youth via telehealth*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23293.10727>.
- Slone, N.C., Reese, R.J. y McClellan, M.J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature. *Psychological Services*, 9(3), 272-292. <https://doi.org/10.1037/a0027607>.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>.
- Thase, M. (2008). Neurobiological aspects of depression. En I. Gotlib y C. Hammen (Eds.): *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 187-217). The Guilford Press.
- Virués O., J. y Moreno R., R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777.
- Weiss, B. y Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15(2), 403-430. <https://doi.org/10.1017/s0954579403000221>.
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K., Daleiden, E.L., Ugueto, A.M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M.A., Gibbons, R.D., and the Research Network on Youth Mental Health (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy with youth depression, anxiety, and conduct problems: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. y Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *The American Psychologist*, 61(7), 671-689. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.7.671>.
- Weisz, J.R. y Kazdin, A.E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.
- Weisz, J.R., Thurber, C.A., Sweeney, L., Proffitt, V.D. y LeGagnoux, G.L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703-707. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.65.4.703>.
- Weisz, J.R., Ugueto, A.M., Cheron, D.M. y Herren, J. (2013). Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 274-286.
- Weisz, J.R., Vaughn-Coaxum, R.A., Evans, S.C., Thomassin, K., Hersh, J., Ng, M.Y., Lau, N., Lee, E.H., Raftery-Helmer, J.N. y Mair, P. (2019). Efficient Monitoring of Treatment Response during Youth Psychotherapy: The Behavior and Feelings Survey. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 49(6), 737-751. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1547973>.
- Wickersham, A., Sugg, H., Epstein, S., Stewart, R., Ford, T. y Downs, J. (2021). Systematic review and meta-analysis: the association between child and adolescent depression and later educational attainment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(1), 105-118. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.008>.
- World Health Organization (2012). Depression, a global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-11688-920>.
- World Health Organization (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)*, version 2.0. Geneva: World Health Organization.