

Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso

Transdiagnostic treatment for emotional disorders using a telepsychology system: a case study

Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre,
Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo,
Lorena A. Flores-Plata y Alicia I. Flores-Elvira

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Anabel de la Rosa G., anabel.delarosa@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

Los trastornos emocionales se hallan entre los más prevalentes y con mayor comorbilidad. En el presente estudio se muestran los hallazgos de un caso único en el que utilizó un diseño A-B para abordar la comorbilidad de trastornos emocionales mediante la perspectiva transdiagnóstica a través de telepsicología. La participante, una mujer de 41 años con síntomas de ansiedad y depresión derivados de ser víctima de violencia física y emocional, experimentó mejoras significativas a lo largo de un programa de intervención basado en web/móvil² con acompañamiento semanal de un terapeuta de forma síncrona por videoconferencia de 60 minutos a lo largo de ocho semanas. Se observó una reducción significativa de la sintomatología general, y específicamente de la de ansiedad, depresión y desregulación emocional, con cambios de entre 50 y 60% respecto a la línea base. La mayor reducción de síntomas se apreció en los de estrés postraumático. La participante evaluó el tratamiento recibido como sumamente aceptable, idóneo y adecuado, y destacó la alta usabilidad del sistema utilizado. Los resultados indicaron que el programa de intervención transdiagnóstica mediante internet mostró ser una herramienta prometedora para abordar trastornos emocionales y traumáticos, incluso en situaciones de acceso limitado a la atención clínica. No obstante, se requiere de futuras investigaciones para respaldar los resultados sobre su eficacia.

Palabras clave: Transdiagnóstico; Trastornos emocionales; Telepsicología; Estudio de caso; Mujer.

ABSTRACT

Emotional disorders are the most prevalent and with the greatest comorbidity. The present study shows the findings of a single case that used an A-B design to address the comorbidity of emotional disorders through the transdiagnostic perspective of telepsychology. The participant, a 41-year-old

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Avenida de los Barrios Núm. 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: 420103970@iztacala.unam.mx, edith.gonzalez@iztacala.unam.mx, pablo.valencia@ired.unam.mx, alejandra_mares@ired.unam.mx, lorena.flores@iztacala.unam.mx y alicia.flores@iztacala.unam.mx.

² Una web móvil es un sitio web que se ha optimizado para la versión móvil. Se puede acceder directamente desde el buscador web de un celular sin necesidad de descargarla.



woman with symptoms of anxiety and depression derived from being a victim of physical and emotional violence, experienced significant improvements throughout a web/mobile-based intervention program with weekly accompaniment from a therapist synchronously for 60 minutes videoconference for 8 weeks. A considerable reduction resulted in the general and specific symptoms of anxiety, depression, and emotional dysregulation, with changes of between 50% and 60% compared to the baseline. The most notable reduction in symptoms occurred in post-traumatic stress symptoms. The participant evaluated the treatment received as highly acceptable, suitable, and adequate and highlighted the high usability of the system. The results indicated that the transdiagnostic intervention program via the Internet proved to be a promising tool to address emotional and traumatic disorders, even in situations of limited access to clinical care. However, future research is required to support its long-term effectiveness.

Key words: Transdiagnostic; Emotional disorders; Telepsychology; Case study; Woman.

Recibido: 18/10/2023

Aceptado: 29/04/2024

Los trastornos emocionales han mostrado estar entre los más prevalentes y con mayor comorbilidad (Rosique *et al.*, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022a) reportó que en 2019 una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental. En 2020 estas cifras aumentaron debido a la pandemia de covid-19, con 26% en la ansiedad y 28% en los trastornos depresivos graves, en tan solo un año. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos de este tipo no tienen acceso a una atención efectiva (OMS, 2022b).

La depresión es un trastorno con gran prevalencia en el mundo y tiene importantes consecuencias en la salud física y mental, incluidos una disminución en la calidad de vida, pensamientos suicidas y comorbilidad con otras condiciones (Brenes, 2007). La comorbilidad entre la depresión y los trastornos de ansiedad es frecuente, con un elevado porcentaje de pacientes que experimentan ambos trastornos (Weisel *et al.*, 2018). Asimismo,

los trastornos de ansiedad tienden a coexistir entre sí y con la depresión, superando 50% de comorbilidad en varios casos, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada (Mineka *et al.*, 1998; Sandín *et al.*, 2012). Tan alta comorbilidad entraña la necesidad de disponer de enfoques más coherentes y dimensionales en la comprensión y clasificación de los trastornos mentales.

En las últimas décadas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha creado protocolos basados en la evidencia con notables resultados. Sin embargo, estos enfoques a menudo abordan los trastornos de manera aislada, sin considerar la comorbilidad, y recurren a tratamientos secuenciales en lugar de uno integrado. En contraste, la llamada TCC transdiagnóstica se centra en pacientes con trastornos superpuestos y procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos compartidos, para los que adopta un enfoque científico integrador, de manera que aborda varios trastornos de manera integrada (Sandín *et al.*, 2012). Harvey *et al.* (2004) identificaron procesos psicológicos transdiagnósticos que posteriormente fueron aplicados por Barlow *et al.* (2011) a los trastornos emocionales, lo que dio lugar a un protocolo unificado (PU) (Ellard *et al.* (2010). que ha demostrado ser eficaz en diversos trastornos emocionales (*cf.* Barlow *et al.*, 2016).

El PU tiene una de las bases de evidencia más sólidas en virtud de que su fundamento teórico se basa en la psicopatología, etiología, fundamentos biológicos y estudios de eficacia de la TCC. Es un programa de tratamiento cognitivo-conductual teóricamente unificado que se orienta al afecto negativo, el neuroticismo y la desregulación emocional como factores comunes de todos los trastornos emocionales. Se ha confirmado su eficacia en la ansiedad, los trastornos depresivos y los relacionados con el estrés y el trauma en varios estudios abiertos, ensayos controlados aleatorios y metanálisis (De la Rosa *et al.*, 2023; Kato *et al.*, 2021).

La mayoría de las personas con estos trastornos no pueden acceder a la atención adecuada por diversas razones, como la limitada disponibilidad de tratamientos efectivos, barreras geográficas, horarios distintos, priorización de otros tratamientos de salud y costos elevados (OMS, 2022a; Pote *et al.*, 2021; Rojas *et al.*, 2022). Sin embargo, recientemente ha habido un aumento en las inicia-

tivas de salud digital que han mejorado el acceso y la difusión de tratamientos efectivos sin importar la distancia ni las barreras físicas y sociales (McCord *et al.*, 2015).

Así, la telepsicología –uno de tales tratamientos– se define como la prestación de servicios psicológicos a través de tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Es accesible, privada (lo que evita el estigma), potencialmente más asequible y puede adaptarse a las necesidades individuales (American Psychological Association [APA], 2013). La evidencia sugiere que las intervenciones mediante la telepsicología son eficaces para tratar la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios; además, los datos del metanálisis revelan que tales intervenciones son tan eficaces como los tratamientos cara a cara (Taylor *et al.* 2021).

Considerando que los trastornos emocionales comparten muchos procesos etiopatogénicos, el enfoque transdiagnóstico ofrece una perspectiva más realista al abordar, entre ellos, la comorbilidad (Antuña y Rodríguez, 2021). Así, este estudio tuvo como objetivo describir un caso clínico con comorbilidad de trastornos emocionales mediante la aplicación del PU a través de un sistema de telepsicología, comenzando por los síntomas “puente”, o sea los que son comunes a ambas patologías, como la ansiedad y la depresión y otras comorbilidades, incluidos la distimia, el trastorno de ansiedad social y la agorafobia.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de caso único con diseño A-B como parte de un ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar una intervención transdiagnóstica guiada a través de la internet para trastornos emocionales, traumáticos y relacionados con el estrés (De la Rosa *et al.*, 2022). Para tal fin, se establecieron algunos criterios de elegibilidad, como *a)* ser mayor de edad; *b)* participar voluntariamente en el estudio; *c)* cumplir con los criterios de diagnóstico para trastornos emocionales (ansiedad o depresión) y trauma, o trastornos relacionados con el estrés de acuerdo con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-Mini, v.

5.0 de Sheehan *et al.* (1997); puntuar ≤ 25 en el Inventario de Ansiedad (Beck y Steer, 1990) o ≤ 30 en el Inventario de Depresión (Beck *et al.*, 1996); *d)* tener acceso a equipos informáticos con conexión a Internet; *e)* tener una dirección de correo electrónico válida; *f)* tener habilidades digitales básicas en el uso de un sistema operativo y navegación en Internet.

A la vez, se determinaron ciertos criterios de exclusión, como *a)* sufrir trastornos psicóticos; *b)* abuso de alcohol y drogas; *c)* manifestar una condición médica cuya gravedad o características impida la intervención; *d)* recibir tratamiento psicológico o farmacológico durante el estudio; *e)* sufrir ideación suicida leve, moderada o severa.

Por último, se especificaron como criterios de eliminación *a)* no aceptar las condiciones establecidas en la carta de consentimiento informado, y *b)* ausentarse de la plataforma web o de los móviles por más de quince días, o haber faltado a dos sesiones consecutivas de los tratamientos sincrónicos.

Participante

Participante (M41) del sexo femenino, de 41 años, casada, con estudios de secundaria, dedicada a la venta de repostería; habitaba Vivía con su familia en una vivienda rentada en el área metropolitana del Estado de México: Dicha familia estaba conformada por su esposo, dos hijas de 15 y 13 años, y un hijo de 5 años, quienes por la dinámica familiar no asistían a la escuela. La participante afrontaba dificultades económicas debido al desempleo de su esposo. Había experimentado ansiedad y violencia emocional por parte de sus padres desde su infancia, y en la actualidad sufría violencia física por parte de su esposo, a lo que le resultaba muy difícil poner límites, por lo que manifestaba temor a hablar. Estos problemas se habían agravado durante la pandemia de covid-19.

Conceptualización del caso

La participante (M41 en lo sucesivo) manifestaba ansiedad al recibir visitas o llamadas telefónicas o al levantarse de su cama. Sentía mareos, agitación e hiperventilación que desataban pensamientos ne-

gativos sobre su salud, temor a morir por un paro cardíaco o incapacidad para respirar, lo que había ocasionado que no saliera de su cuarto ni de su cama; se sentía agitada, no se bañaba y se aislaba socialmente. Había sufrido violencia emocional desde su infancia, y se sentía relegada por una hermana, con a que comparaba. Había intentado hacer las cosas para agradar a su padre. Se casó con su primer novio, quien desde el noviazgo la maltrataba, habiendo continuado esta violencia en el matrimonio. Reportó no saber poner límites a dicha violencia, por lo que se sentía tensa, con miedo y aislada.

Durante la pandemia de covid-19 había padecido la muerte de su madre, lo que le produjo culpa y aumentó su aislamiento. En la fecha de la intervención llevaba, tres meses sin levantarse de

la cama y seis meses sin salir de casa; su hija mayor la asistía a satisfacer sus necesidades básicas.

Experimentaba ataques de ansiedad severos varias veces al día, con síntomas fisiológicos tales como hiperventilación, taquicardia y mareos. Aunque utilizaba una aplicación para controlar la ansiedad, los ataques eran recurrentes, lo que había agravado su aislamiento social y provocado la interrupción de sus actividades cotidianas como salir de su cama, comer y bañarse. Su esposo la acompañaba, pero a veces se desesperaba y le reclamaba su malestar. A pesar de no haber recibido tratamiento previo, estuvo comprometida con el proceso de terapia a distancia proporcionado debido a su deseo de superar la ansiedad. La Tabla 1 describe el mapa de patogénesis de la participante.

Tabla 1. Mapa de patogénesis del caso.

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<i>Estímulos externos:</i> ● Pandemia y confinamiento. ● Crisis económica. ● Contraer el coronavirus. ● Tener contacto con visitas o recibir llamadas telefónicas. ● Sufrir violencia en su matrimonio. <i>Estímulos internos:</i> ● Al levantarse de la cama siente mareos e hiperventilación y tiene pensamientos catastróficos. <i>Historia del participante:</i> ● Violencia en la familia. ● Muerte de su madre. ● Sobreprotección de su madre, quien no la dejaba salir. ● Comparaciones con su hermana menor. ● Desde pequeña se considera nerviosa.	<i>Variables biológicas:</i> ● Respuesta fisiológica de hiperexcitación. <i>Variables conductuales</i> ● Respuesta de aislamiento. <i>Variables cognitivas</i> ● Creencias no adaptativas. ● Preocupación excesiva. ● Escasa asertividad para comunicar sus emociones. <i>Creencias y cultura</i> ● No debe oponerse a los correctivos. ● Debe casarse con su primer novio. <i>Habilidades:</i> ● Hace uso de aplicaciones móviles para regular su emoción. ● Tiene motivación para salir de su estado actual. ● Es religiosa y eso la motiva. ● Cuenta con el apoyo de sus hijas y esposo.	<i>Conducta problema:</i> ● No se levanta de su cama. ● No sale de su cuarto. ● No se baña. ● No come. <i>Reacciones fisiológicas</i> ● Hiperventilación. ● Agitación. ● Ritmo cardíaco acelerado. ● Mareos. <i>Emocionales:</i> ● Miedo excesivo a no respirar y morir. <i>Cognitivas:</i> Pensamientos catastróficos: ● “Voy a dejar de respirar”. ● “Me dará un paro cardíaco”.	<i>A corto plazo:</i> ● Se aísla. ● No trabaja. <i>A mediano plazo:</i> ● Sus hijos no asisten a la escuela. ● Tiene problemas económicos. ● Se aísla, incluso de la familia. ● Le han pedido la casa y debe mudarse. <i>A largo plazo:</i> ● Posibles comorbilidades.

Aprobación ética y consentimiento para participar: Previa a la intervención, se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (CE/FESI/082020/1363). La intervención se apegó a los lineamientos éticos de

la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010) y a las recomendaciones sobre la telepsicología de la American Psychological Association (2013). Se protegió la confidencialidad de la participante y se obtuvo su consentimiento informado.

Instrumentos

Entrevista de diagnóstico.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, v. 5.0.0 (MINI) (Sheehan *et al.*, 1998).

Incluye los principales trastornos psiquiátricos del DSM-IV-R y de la IDS-10. En su versión española (Heinze *et al.*, 2000) presenta una fiabilidad, medida con el coeficiente Kappa, de >0.75 .

Lista de Verificación de Síntomas (SCL-90) (Derogatis, 1994).

Es éste un instrumento de cribado para identificar síntomas de diversas psicopatologías mediante 90 ítems y nueve dimensiones: somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo (Cruz *et al.*, 2005). El coeficiente alfa de Cronbach de todas las subescalas es mayor que 0.7.

Medidas primarias

Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5) (Weathers, *et al.*, 2013).

Este instrumento describe los síntomas del estrés postraumático considerando la activación, las alteraciones, la evitación y la reexperimentación. En población mexicana, las propiedades psicométricas de la escala muestran una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de 0.97, una apropiada validez convergente (r_s de 0.58 a 0.88) (Durón *et al.*, 2019). El punto de corte de 33 indica un diagnóstico parcial del trastorno de estrés postraumático.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck *et al.*, 1998).

Consta de 21 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas y conductas relacionadas con la ansiedad en una escala de cuatro puntos (de 0 a 3), donde 0 indica la ausencia del síntoma y 3 su máxima severidad. La versión mexicana de esta escala fue validada por Robles *et al.* (2001).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-I y BDI-II) (Beck *et al.*, 1988).

Incluye 21 ítems que evalúan los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. La versión mexicana validada de este instrumento es de Jurado *et al.* (1998), y la de la versión II, de González *et al.* (2015).

Medidas secundarias

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2008).

Este instrumento autoaplicado de quince ítems mide dos dimensiones: estrategias de regulación emocional y conciencia de las emociones. La versión validada en población mexicana por De la Rosa *et al.* (2021) muestra un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.74 y 0.84.

Escala de Gravedad de la Ansiedad General y el Deterioro (OASIS) (Norman *et al.*, 2011).

Evalúa la frecuencia, gravedad y evitación de la ansiedad en los rubros de interferencia laboral, académica y familiar y deterioro de la vida diaria y social. Consta de cinco preguntas que se evalúan en una escala de 0 a 4 puntos. Tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.80$) y confiabilidad test-retest ($k=0.82$). La versión en español confirmó la estructura factorial y los datos de confiabilidad y validez obtenidos por los autores originales: consistencia interna en ambas poblaciones: general y clínica ($\alpha=0.86$), y confiabilidad test-fall ($k=0.84$) (Osma *et al.*, 2019).

Escala de Depresión General y de Gravedad del Deterioro (ODSIS) (Bentley *et al.*, 2014).

Evalúa la frecuencia y gravedad de la depresión, así como el nivel de evitación de la interferencia laboral, académica, del hogar y de la vida social. Consta de cinco ítems con diferentes opciones de respuesta que van de 0 a 4 en cada ítem. En la versión en español, la consistencia interna ha demostrado ser excelente, con un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.91 y 0.94 y una buena validez convergente y discriminante (Osma *et al.*, 2019).

Medidas de opinión

Se evaluó la aceptabilidad con tres preguntas a evaluarse en una escala de 1 a 10 sobre la adecuación, utilidad y aplicabilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos. La idoneidad se midió, en una escala de 1 a 10, con dos preguntas sobre el interés y la comprensión de las actividades. A su vez, la satisfacción se valoró también con dos preguntas que se califican en una escala Likert de seis puntos. La primera pregunta evaluó cómo el terapeuta abordó el problema: desde “Completamente insatisfecho” hasta “Completamente satisfecho”. La segunda pregunta evaluó la utilidad del tratamiento para el problema, desde “En absoluto” hasta “Mejóro mucho las cosas”.

Las medidas incluidas en el protocolo de evaluación se aplicaron en línea a través del sistema de telepsicología <https://e-motion.iztacala.unam.mx/>, excepto la entrevista Mini-Mental, que se llevó a cabo mediante videoconferencia por un psicólogo evaluador.

Tratamiento

La intervención transdiagnóstica se efectuó en línea a través de un sistema web autoaplicado basado en el Protocolo Unificado de Barlow *et al.* (2016), compuesto de ocho módulos, denominados “estaciones”, y “E-moción” la plataforma de intervención.

Asistencia sincrónica y asesoramiento psicológico. Para supervisar el progreso de la participante M41, se designó a una asesora-terapeuta para que le proporcionara atención personalizada por videoconferencia de forma semanal; dicha asesora era una licenciada en psicología con experiencia en terapia cognitivo-conductual y capacitada en el PU y la telepsicología en una formación a distancia efectuada durante un semestre escolar. Su función consistía en orientar, responder preguntas, dar seguimiento a los avances en la plataforma en sesiones individuales de aproximadamente 60 minutos, posteriores a que M41 terminara su sesión en la plataforma autogestiva E-moción.

A continuación, se describen los contenidos de las estaciones, así como los avances de M41 en cada una.

Estación 1: “Mis metas y motivaciones”. Para evaluar el aspecto emocional se utilizaron los instrumentos ODSIS y OASIS. La participante realizó los ejercicios en la plataforma para identificar sus objetivos terapéuticos y realizar un balance decisional. M41 comenzó la sesión con un ataque de ansiedad, por lo que se le brindó apoyo emocional y se le aplicaron técnicas de regulación antes de continuar con el encuadre. Se discutieron con ella los costos de no seguir el tratamiento, tales como el aislamiento, la inasistencia de sus hijos a la escuela y la continuación de los problemas económicos, así como también los beneficios, como la regulación emocional y el cuidado de su familia, principalmente. M41 mencionó los retos que representaría para ella realizar las tareas de las estaciones y entrar a videollamadas que le generaban una considerable ansiedad social. Se llegó con ella a ciertos acuerdos y se le proporcionó un número telefónico de atención psicológica (911) en caso de futuras crisis.

Estación 2: “Comprendiendo mis emociones”. Esta estación tiene como objetivo conocer la naturaleza funcional de las emociones y los patrones de respuesta emocional a través de un registro ARCO, esto es, antecedente, respuesta emocional y consecuencias a corto y largo plazo). M41 identificó los desencadenantes de sus crisis de ansiedad, sus consecuencias y las conductas de evitación impulsadas por la emoción. Por ejemplo, cuando trataba de levantarse de la cama, experimentaba el pensamiento “Me voy a marear”, lo que desencadenaba temor y la respuesta de permanecer en la cama, evitando así el trabajo. De manera similar, a la hora de comer surgía en ella el pensamiento “Me ahogaré con la comida”, evitando así la ingesta de alimentos, lo que tenía como resultado el hambre y la necesidad de consumir vitaminas. Finalmente, al abordar la idea de bañarse, pensaba que el agua la ahogaría, lo que le provocaba miedo y la evitación de la actividad, con la falta del aseo personal concomitante.

Estación 3: “Consciente aquí y ahora”. Se trabajó con técnicas de atención plena para practicar la conciencia emocional sin juzgar la experiencia, y centrada en el presente a través de videos psicoeducativos y dos meditaciones guiadas en E-moción. La participante informó que llevaba a cabo los ejercicios de meditación diariamente, y

que también continuaba con el autorregistro ARCO. La práctica la ayudó a regular la ansiedad cada que se levantaba de la cama e intentaba caminar; también manifestó comer bocados pequeños, respirando lentamente para regular el ahogamiento que sentía. Se recomendó que ante una crisis colocara su atención en las sensaciones de su cuerpo de tal forma que su anclaje fuera el mismo cuerpo. La tarea fue continuar con la meditación diaria, levantarse de la cama y tratar de llegar a la puerta de la habitación.

Estación 4: “Mis pensamientos”. Se abordaron las distorsiones cognitivas de M41 y se trabajó en la flexibilidad cognitiva, para lo cual se utilizaron vídeos explicativos sobre los pensamientos automáticos y las distintas distorsiones de la interpretación, junto con ejercicios tales como la “imagen ambigua” y la “flecha descendente”. M41 compartió sus logros de la semana, que incluían caminar de la cama a la puerta de su habitación, recibir visitas de su hermana y reanudar su trabajo en casa haciendo postres. Se exploraron los pensamientos que desencadenaban la ansiedad y se registraron otros alternativos más amables. En el caso del caminar, la situación desencadenante era la preocupación de que agitarse le provocaría un paro cardíaco, lo que le generaba angustia y desesperación. La trampa del pensamiento era la catastrofización. Sin embargo, la valoración alternativa sugería que su cuerpo buscaba restablecerse. En cuanto a recibir visitas, la situación desencadenante era el temor a ser criticada y menospreciada por su situación, lo que provocaba vergüenza y aprensión. La trampa del pensamiento implicaba una sobreestimación de la probabilidad de recibir críticas negativas. La valoración alternativa incluía la idea de validar sus emociones y comunicar cómo se sentía. En el caso del baño, la situación desencadenante era el miedo de que el agua le impidiera respirar y la ahogara. La trampa del pensamiento nuevamente era la catastrofización; sin embargo, la valoración alternativa sugería que podía regular sus sensaciones.

M41 señaló que identificar esos pensamientos la ayudó a reinterpretar las circunstancias de una manera menos crítica y catastrófica, lo que mejoró su capacidad para manejar su malestar.

Estación 5: “Afrontando mis conductas emocionales”. M41 identificó conductas de evitación como emociones desagradables, como no caminar para evitar la ansiedad y tener a la mano ungüento (*VapoRub*) para sentir que respiraba mejor. Durante la semana, logró un avance significativo al caminar sola de la cama a la puerta, utilizando la silla como apoyo, lo que le permitió mantenerse de pie durante más tiempo mientras regulaba su malestar a través de la respiración y la gestión de sus pensamientos.

Estación 6: “Mi cuerpo en situaciones desagradables”. Se llevaron a cabo ejercicios de exposición interoceptiva destinados a provocar sensaciones similares a las experimentadas durante las emociones desagradables. Sin embargo, M41 expresó su temor durante la sesión y no efectuó los ejercicios según lo indicado. Durante la video-llamada se trabajó en técnicas como la hiperventilación controlada, observándose que podía tolerar la agitación resultante. También se le pidió que se cubriera con un cobertor para provocarle incomodidad, agitación y molestia, pero logró regularse mediante la respiración y mantener la calma. Se hizo hincapié en la importancia de llevar a cabo estos ejercicios para aprender a gestionar el malestar.

Estación 7: “Afrontando lo que siento”. M41 se había expuesto gradualmente a situaciones que le generaban malestar, como mantenerse de pie, caminar, bañarse, recibir visitas y trabajar, obteniendo resultados positivos. Durante esa semana en particular no recurrió a ningún apoyo o recurso de protección, lo que le permitió darse cuenta de que tras la crisis no ocurría ninguna catástrofe, lo que fortaleció su confianza. Este avance marcó un hito significativo en su proceso y la llenó de alegría, empoderamiento y motivación.

Estación 8. “Mis logros. ¿Cómo mantenerlos en el tiempo?”. Se resaltaron los avances y habilidades de la participante, y luego se estableció un plan de actividades con la asesora terapeuta para mantener el progreso. Se le proporcionó un registro ARCO para que continuara documentando sus experiencias emocionales, las prácticas de atención plena, sus pensamientos automáticos y las conductas de evitación. Dado que el trabajo con E-moción concluyó en la estación 8, se le proporcio-

naron números telefónicos de instituciones para continuar con el apoyo terapéutico, ya sea en línea o en persona.

Adherencia al tratamiento

La participante demostró un alto nivel de compromiso con el tratamiento, asistiendo puntualmente a las sesiones, excepto en la segunda semana debido a una crisis de ansiedad. Trabajó de manera autogestiva a lo largo de todos los módulos, completando los ejercicios y manteniendo un cuaderno de apuntes para registrar sus avances. La única excepción ocurrió en la estación 6, donde evitó los ejercicios de exposición interoceptiva para evitar

la agitación; sin embargo, éstos se retomaron en la sesión de videollamada.

RESULTADOS

La Tabla 2 muestra los puntajes de la línea base y del postest en cada una de las medidas de sintomatología y de los problemas de regulación emocional. En todos los casos, se observaron reducciones de entre 50 y 60%. La mayor reducción de síntomas se apreció en los síntomas de estrés postraumático.

Tabla 2. Puntajes de sintomatología y desregulación antes y después de la intervención.

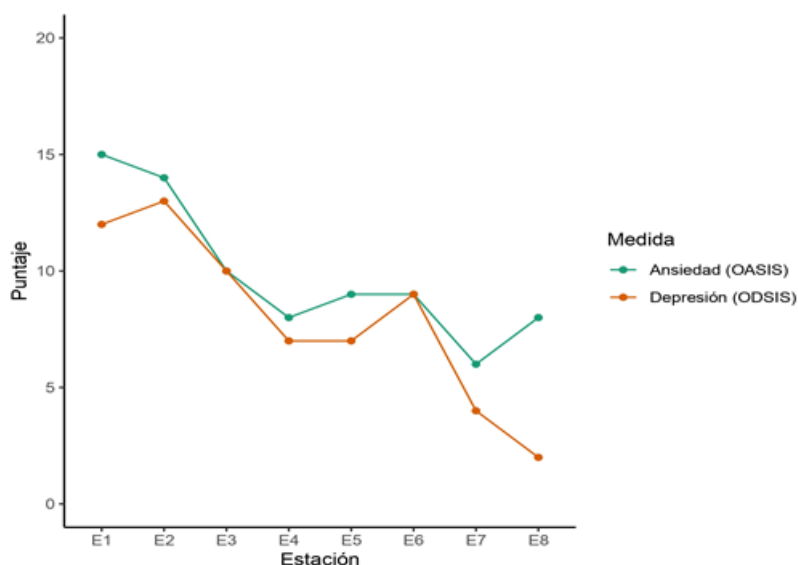
Variable	Rango posible	Pretest	Posttest
Ansiedad (BAI)	0–60	46	24
Depresión (BDI-II)	0–63	22	11
Desregulación (DERS-14)	14–70	45	22
Síntomas de estrés postraumático (PCL-5)	0–80	50	19
Sintomatología general (SCL-90)	0–4	2.39	1.03

Evolución de la sintomatología

En cuanto a la evolución de la sintomatología depresiva, se evidenció un claro descenso a lo largo de las sesiones, especialmente entre la 2 y 4 y la 6

y 8. Respecto a la sintomatología ansiosa, se apreció también una tendencia al descenso a lo largo de la intervención, aunque de manera menos marcada en las últimas sesiones (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la sintomatología ansiosa y depresiva a lo largo de la intervención.



Perspectiva de la consultante

Respecto a la perspectiva de la consultante durante la postintervención, se exploraron con ella algunos aspectos de satisfacción, idoneidad y aceptabilidad. La participante respondió con la opción de respuesta más alta (“*Completamente satisfecha*”) a las preguntas correspondientes (“En general, ¿qué tan satisfecha está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema?” y “¿Le ha ayudado el tratamiento en relación a su problema específico?”). Asimismo, respondió también con las opciones más altas (“*Mucho*”, “*Algo*” y “*Nada*”, respectivamente) a las tres preguntas de idoneidad: “¿Las estrategias terapéuticas/tareas/actividades que se utilizaron a lo largo de esta sesión fueron entendibles para usted?”, “Los contenidos de la sesión le parecieron interesantes” y “¿Qué modificaría?”. Finalmente, M41 obtuvo puntajes ligeramente menores en la escala de aceptabilidad (donde 1 = *nada* y 10 = *mucho*), en la que respondió 7, 7 y 10, en ese orden, a los siguientes reactivos: “Este tratamiento fue adecuado para mi problema”, “¿Cree que este tratamiento fue útil en su caso?” y “¿Cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?”.

En cuanto a la usabilidad, la usuaria alcanzó un puntaje de 80/100, lo que sugiere una alta usabilidad percibida de la plataforma. Al examinar los puntajes individuales, se observó que la principal dificultad se halló en el ítem 4 (“Considero necesario el apoyo de personal experto para poder utilizar esta herramienta”), pues seleccionó la opción “Totalmente de acuerdo”.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo describir la intervención de un caso clínico con comorbilidad en trastornos emocionales a través de telepsicología, centrándose en los síntomas puente, como ansiedad, depresión, distimia, trastorno de ansiedad social y agorafobia. Durante un período de ocho semanas, la paciente experimentó mejoras significativas en su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas y una notable reducción en sus

niveles de ansiedad y depresión, según los instrumentos ODSIS y OASIS. Tales resultados respaldan la eficacia de la intervención, lo que coincide con lo observado en investigaciones previas, como las de Weisel *et al.* (2018) y Taylor *et al.* (2021).

En cuanto a la regulación emocional, la participante mostró proactividad en las etapas iniciales y mantuvo una actitud positiva hasta la estación 6, donde enfrentó un desafío en los ejercicios de exposición interoceptiva. Para superar esta situación fue guiada por su terapeuta a través de ejercicios simples destinados a generarle incomodidad y evocar la sintomatología ansiosa para que la procesara, lo que le permitió completar los contenidos. Los resultados mostraron una notoria disminución en sus niveles de ansiedad y depresión hacia la penúltima estación.

La aplicación del PU en este caso resaltó su enfoque principal en la regulación emocional para abordar múltiples sintomatologías simultáneamente. A través del registro ARCO, la paciente identificó emociones relacionadas con su aislamiento y su completa dependencia familiar, incluso para necesidades básicas como el aseo y la alimentación. Con el avance en la intervención, la paciente desarrolló pensamientos más adaptativos y adquirió una mayor comprensión de las creencias irracionales centrales y de sus alternativas.

La implementación del enfoque transdiagnóstico a través de la telepsicología cuenta con evidencias acerca de su eficacia en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales (Botella, 2010; Taylor *et al.*, 2021), que respaldan los resultados positivos de este caso único. Asimismo, se destaca la importancia de contar con espacios en México que permitan brindar atención profesional a personas que tienen dificultades para acceder a la atención clínica tradicional debido a las barreras geográficas, los costos o la limitación de recursos económicos, como fue el caso presente.

Los resultados obtenidos, aunque son prometedores, requieren continuar validándose a través de diseños metodológicos más rigurosos. Aun así, este estudio abre nuevas perspectivas para futuras investigaciones en este campo y resalta la necesidad de emprender investigaciones adicio-

nales para respaldar la utilidad de la telepsicología basada en el protocolo unificado en el tratamiento de la comorbilidad de trastornos emocionales y trau-

máticos, especialmente en situaciones de acceso limitado a la atención clínica tradicional.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio recibió financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (México) (CONAHcyT). Conv. 2020-04: Proyectos de Investigación e Incidencia Social en Salud Mental y Adicciones, número 1401. La institución financiadora no tuvo ninguna intervención en el diseño del estudio, la recopilación, el análisis ni la interpretación de datos, y tampoco participó en la redacción del manuscrito.

Citación: de la Rosa-Gómez, A., Perea-Aguirre, B.A., González-Santiago, E., Valencia, P. D., Mares-Portillo, A., Flores-Plata, L.A. y Flores-Elvira, A.I. (2025). Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 35(2), 287-298. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2990>

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*. Recuperado de <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Antuña C., C. y Rodríguez, F.J. (2022). Los trastornos emocionales desde el modelo transdiagnóstico: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3-14. Doi: 10.33776/amc.v48i177.6920
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853. Doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C., Ellard, K.K., Boisseau, C., Allen, L. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1998). Beck Anxiety Inventory. *APA PsycTests*. Doi: 10.1037/t02025-000
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bentley, K.H., Gallagher, M.W., Carl, J.R. y Barlow, D.H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815-830. Doi: 10.1037/a0036216
- Botella, C., Gallego, M.J., García P., A., Guillén, V., Baños, R.M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(4), 407-421. Doi: 10.1089/cyber.2009.0224
- Brenes, G.A. (2007). Anxiety, depression and quality of life in primary care patients. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6), 437-443. Doi: 10.4088/PCC.v09n0606
- Cruz F., C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- De la Rosa G., A., Flores P., L.A., Esquivel S., E., Santillán, C., García, R., Domínguez, A., Arenas, P., Castellanos, R., Berra, E., Silvestre, R., Miranda, G., Díaz, D., Hernández, A., Flores, A., Valencia, P. y Vázquez, M. (2022). Efficacy of a transdiagnostic guided internet-delivered intervention for emotional, trauma and stress-related disorders in Mexican population: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1). Doi: 10.1186/s12888-022-04132-6
- De la Rosa G., A., Hernández P., A., Valencia, P., Flores P., A., Serrano, B., Flores, A., Domínguez R., A., Vázquez, M. y González, E. (2023). Online transdiagnostic intervention for emotional, trauma- and stressor-related disorders in the Mexican population: A randomized pilot and feasibility trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 35. Doi: 10.1016/j.conctc.2023.101204
- De la Rosa G., A., Hernández P., A., Valencia, P. y Guajardo G., D. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. *Evaluar*, 21(2), 80-97. Doi: 10.35670/1667-4545.v21.n2.34401

- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Durón F., R., Cárdenas L., G., Castro C., J. y De la Rosa G., A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en población mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26-36. Doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03
- Ellard, K., Fairholme, C., Boisseau, C., Farchione, T. y Barlow, D. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. *Cognitive Behavior Practice*, 17(1), 88-101. Doi: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002
- González, D., Reséndiz, A. y Reyes L., I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2015.033
- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2008). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 315. Doi: 10.1007/s10862-008-9102-4
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Heinze, M., Sheehan, D. y Cortés, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 500 DSM-IV*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 237-244. Recuperado de https://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Kato, N., Ito, M., Matsuoka, Y.J., Horikoshi, M. y Ono, Y. (2021). Application of the unified protocol for a japanese patient with post-traumatic stress disorder and multiple comorbidities: a single-case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). Doi: 10.3390/ijerph18211644
- McCord, C.E., Saenz, J., Armstrong, T.W. y Elliott, T.R. (2015). Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counseling Psychology Quarterly*, 28(3), 324-344. Doi: 10.1080/09515070.2015.1053433
- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412. Doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Norman, S.B., Campbell S., L., Hitchcock, C.A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K.C. y Stein, M.B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262-268. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.06.011
- Organización Mundial de la Salud (2022a). *Trastornos mentales*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2022b). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Osma, J., Quiles O., A., Suso R., C., Peris B., O., Norman, S.B., Bentley, K.H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252(1), 9-18. Doi: 10.1016/j.jad.2019.03.063
- Pote, H., Rees, A., Holloway-Biddle, C. y Griffith, E. (2021). Workforce challenges in digital health implementation: How are clinical psychology training programmes developing digital competences? *Digit Health*, 7, 1-11. Doi: 10.1177/2055207620985396
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rojas J., C., Polanco C., R., Caycho R., T., Muñoz V., C., Muñoz M., M., Luna G., T. y Muñoz T., T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(2), 1733. Doi: 10.30849/ripijp.v56i2.1733
- Rosique, M.T., Sandín, B., Valiente, R.M., García E., J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del Protocolo Unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79. Doi: 10.24205/03276716.2019.1092
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. Doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. y Dunbar, G.C. (1997). The validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(59), 232-241. Doi: 10.1016/S0924-9338(97)83297-X

- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo* (5ª ed.). Trillas.
- Taylor, C., Graham, A., Flatt, R., Waldherr, K. y Fitzsimmons-Craft, E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(1), i3-i10. Doi: 10.1093/eurpub/ckz208
- Weathers, F.W., Litz, B., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. www.ptsd.va.gov
- Weisel, K., Zarski, A., Berger, T., Schaub, M., Krieger, T., Moser, C., Berking, M. y Ebert, D. (2018). Transdiagnostic tailored internet-and mobile-based guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 9. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00274