



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
CAMPO DE CONOCIMIENTO: PSICOLOGIA Y SALUD

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
REMOTA SOBRE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS ESCOLARES:
ESTUDIO DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA
KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
Tutor Principal: Dr. Edgar Landa Ramírez
Facultad de Psicología, UNAM/Hospital General Dr. Manuel Gea González
Tutor Adjunto: Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología, UNAM
Tutor Externo: Dra. Corina Benjet
Instituto Nacional de Psiquiatría
Jurado A: Dra. María Elena Medina Mora
Facultad de Psicología, UNAM
Jurado B: Dra. Livia Sánchez Carrasco
Facultad de Psicología, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Carlitos

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, al Programa de Posgrado en Psicología y al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías.

A los pacientes y a sus familias.

A Edgar Landa por su amistad, paciencia, comprensión y por todas sus enseñanzas.

A Juan José Sánchez Sosa y a Livia Sánchez por todos estos años de aprendizaje (y los que nos faltan).

A Ariel Vite donde quiera que esté, por sus clases, las risas y los recuerdos que perduran.

A Corina Benjet por adoptarme en su equipo y a quien admiro enormemente.

A María Elena Medina Mora por sus clases, observaciones, enseñanzas y su gran apoyo.

A Rumen Manolov y a mi amigo Arturo Sahagún por su gran ayuda para el análisis estadístico de este proyecto.

A Wendy Silverman, Eli Lebowitz, Carla Marin, Alison Magnotti y todo su maravilloso equipo, por todas sus sugerencias y comentarios, así como por recibirme y brindarme su amistad, thank you.

A mis asistentes de investigación Karen Robert, Monserrat Ceballos y Leonardo Chicana así como a mis demás alumnos, ya que sin ellos este proyecto no hubiera sido posible.

A Natalia Galán, Athena Flores, Javier Alfaro, Carlos Silva, Nadia Vieyra, Aimé Martínez, Angélica Juárez, Noé González, Andrés Melchor, José Alfredo Contreras, Claudia Rafful y demás compañeros por sus críticas, comentarios, risas y lágrimas durante este periodo.

A mi tío el psiquiatra Marco Antonio López Butron por encaminarme en la psicología y estar al pendiente de mis logros.

A mi mamá y a mi hermana, por su apoyo y cariño incondicional.

A mi esposo y a mi hijo por ser lo mejor que me ha pasado.

A mi papá y hermana que me guían desde el otro plano.

Un especial agradecimiento a mi amigo y maestro Alan Kazdin, por revisar este proyecto, por su amabilidad, sencillez, sentido del humor y cariño, pero sobre todo por inspirarme cada día con ese gran entusiasmo que él tiene para ayudar y cambiar al mundo, thank you for everything.

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Tratamiento.....	8
Diseños Experimentales de Caso Único.....	14
Uso de la Tecnología como Modelo Novedoso de Atención durante la Pandemia	16
Planteamiento del Problema	20
Revisión de la TCC para la Sintomatología Depresiva en niños	21
Porqué es Importante esta Revisión	21
Objetivos	22
Preguntas y Criterios de Elegibilidad	22
Método	23
Criterios de Elegibilidad	23
Métodos de búsqueda de estudios	25
<i>Fuentes de Búsqueda Electrónica</i>	25
Resultados	28
Conclusiones.....	33
Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la depresión en niños escolares: estudio de línea base múltiple	36
Método	36
Diseño	36
Participantes	37
Instrumentos	38
Tratamiento	40
Análisis de Datos	45
Resultados	47
Discusión	52
Referencias	60

Resumen

El presente estudio evaluó la efectividad de una intervención cognitivo conductual (TCC) remota para depresión en 15 niños de edades escolares, a través de un diseño experimental de caso único (SCED por sus siglas en inglés) de línea base múltiple no concurrente. Los niños con sintomatología depresiva se asignaron aleatoriamente a tres, cuatro, cinco o seis semanas de línea base antes de recibir el tratamiento. La efectividad se evaluó con un post-test, y un mes de seguimiento. Los valores de los índices de no solapamiento utilizados mostraron para siete de los 15 participantes una reducción moderada de los síntomas depresivos, para un participante más la reducción fue pequeña y otro pareció no cambiar. Para el cambio clínico confiable, 11 de los 15 (73%) mejoraron en el postratamiento. El estudio proporciona datos iniciales sobre un protocolo de tratamiento remoto para la depresión en niños. Se discuten las implicaciones de los hallazgos.

Palabras clave: depresión en niños, terapia cognitivo conductual, telepsicología, diseño experimental de caso único, línea base múltiple

Abstract

The present study evaluated the effectiveness of a remote cognitive behavioral intervention (CBT) for depression in 15 school-aged children through a nonconcurrent multiple baseline, single-case experimental design (SCED). Children with depressive symptomatology were randomly assigned to three, four, five, or six weeks of baseline before receiving treatment. Effectiveness was assessed with a post-test, and a one-month follow-up. Values of the non-overlap indices used showed for seven of the 15 participants a moderate reduction in depressive symptoms, for one more participant the reduction was small, and another appeared unchanged. For reliable clinical change, 11 of the 15 (73%) improved at posttreatment. The study provides initial data on a remote treatment protocol for depression in children. Implications of the findings are discussed.

Keywords: depression in children, cognitive behavioral therapy, telepsychology, single-case experimental design, multiple baseline

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es uno de los problemas más comunes, y se estima que afecta al 4.4% de la población mundial cada año (World Health Organization, 2017). El TDM se asocia con una angustia sustancial (Goldstein et al., 2015, deterioro (Cooper, 2018) y mortalidad temprana (Wang et al., 2020). Los costos económicos del TDM son enormes, incluyendo la pérdida de ingresos y productividad, la alta utilización de los servicios de atención médica y el alto uso de los servicios sociales (Chisholm et al., 2016). La carga de la enfermedad en México para la depresión es de 2.4% del total de los porcentajes de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en todas las edades. Los datos de niños y adolescentes de entre 5 y 14 años de edad son de 1.4% (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

La depresión infantil es un trastorno que se caracteriza, al igual que en adultos, por síntomas de tristeza, anhedonia, culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, aislamiento, irritabilidad, llanto excesivo y dificultad de concentración (American Psychiatric Association, 2014).

Dependiendo de la edad del menor, la depresión se presenta con diversos síntomas, por ejemplo, en la infancia temprana (de los seis a los siete años) se caracteriza por sus síntomas externalizantes, en donde predomina problemas de conductas, impulsividad, agresividad y desobediencia. Durante la infancia media y adolescencia temprana (de los siete a los doce años) se agrega sintomatología internalizante, como: aislamiento, tristeza, ansiedad, irritabilidad, quejas somáticas, timidez y miedo (Achenbach & Edelbrock 1978; Kolucki & Lemish, 2011; Weiss & Garber, 2003). La depresión en niños es un problema subdiagnosticado en gran medida por el desconocimiento de su existencia, así como por la comorbilidad que presenta con otras afecciones como la ansiedad, el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad (TDAH) y los problemas de conducta (Benjet et al., 2004; Chavez-Hernandez et al., 2018; Harrington et al., 1997).

A nivel mundial, se ha reportado una prevalencia de problemas de salud mental del 13.4% en niños y adolescentes, y en el caso de la depresión se ha reportado que se presenta hasta en el 2.6% en esta población, además este problema se puede presentar de manera concomitante con otros problemas como la ansiedad, problemas de conducta y trastornos de déficit de atención (Benjet et al., 2009; Polanczyk et al., 2015). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la depresión durante la infancia y adolescencia que se han reportado a nivel nacional y mundial son abuso infantil, vivir en familias disfuncionales, negligencias en la crianza y exposición a eventos adversos durante la infancia (Benjet, Borges, & Medina-Mora, 2010).

El presentar depresión puede traer diversas afectaciones en el niño y adolescente, a nivel físico, por ejemplo, pueden presentar síntomas como dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga (Korczak et al., 2017), a nivel psicológico muestran síntomas conductuales como enojo, agresividad, bajo control de impulsos, así como cognitivos y emocionales relacionados con culpa, miedo a que algo malo pueda ocurrir, odio hacia sí mismo, pensamientos de que nadie los quiere y comentarios negativos hacia ellos mismos (Charles & Fazeli, 2017; Weiss & Garber, 2003). Con respecto a la afectación social, se presentan aislamiento social, incapacidad para relacionarse con familiares, amigos, reducción de actividades y un decremento en el rendimiento académico (Charles & Fazeli, 2017). Esta serie de afectaciones en los niños es de particular importancia, no solo por la sintomatología que esto conlleva, sino por las repercusiones que les puede traer en la vida adulta ya que se ha reconocido a la depresión como un factor de riesgo para que presenten abandono escolar, consumo de sustancias, desempleo, divorcio y conductas delictivas (Davies et al., 2018; Wickersham et al., 2021).

Tratamiento

De acuerdo con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2019), el tratamiento de la depresión varía según el nivel de depresión, así como, la edad del paciente, de tal manera, que se recomienda tratar a los niños entre cinco y once años de edad con terapia cognitivo conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP) o terapia de apoyo no directiva, la misma recomendación aplica para los jóvenes entre 12 y 18 años con sintomatología depresiva leve y no se recomienda iniciar el uso de antidepresivos en niños y adolescentes con depresión leve. En el caso de la depresión moderada a severa en niños de entre cinco y once años, se recomienda el uso de TCC, TIP, terapia familiar o psicodinámica. Para jóvenes entre 12 y 18 años se recomienda el uso de la TCC por al menos tres meses o también se recomienda la combinación fluoxetina y la terapia psicológica. Finalmente, no se recomienda ofrecer exclusivamente el antidepresivos para niños o adolescentes con depresión moderada o severa, excepto que se combine con la terapia psicológica.

Las recomendaciones previas, en su mayoría coinciden con las descritas en otros estudios y guías, dando prioridad al tratamiento psicológico sobre el farmacológico para el manejo de la depresión en el caso de los niños escolares menores de 12 años (Birmaher et al., 2007; World Health Organization, 2016). Para el tratamiento de la depresión en grado moderado y grave en niños y adolescentes se recomienda principalmente la combinación del fármaco (generalmente fluoxetina) y psicoterapia (generalmente TCC) (Bonin & Moreland, 2017; Cox et al., 2014; Zhou et al., 2020). No obstante, es importante resaltar que a pesar de las coincidencias en las recomendaciones previamente descritas y su aceptación dentro de la práctica clínica, existen estudios que hacen énfasis en la falta de investigaciones en el área de alta calidad metodológica que permitan hacer aseveraciones de la eficacia y seguridad de las intervenciones, así como, de los efectos específicos en las

poblaciones de menor edad por lo cual aún se requieren desarrollar más estudios (Cox et al., 2014; Zhou et al., 2020).

Dentro de los tratamientos psicológicos para la depresión en niños y adolescentes, la TCC ha sido de las más frecuentemente investigadas y recomendada en dicha población (American Psychological Association, 2019; World Health Organization, 2016), sin embargo según las principales revisiones sistemáticas para depresión en niños los tamaños del efecto de esta intervención son pequeños (véase Tabla 1).

Una de estas revisiones fue publicada por Weisz y colaboradores (2006), en la cual se evaluó la efectividad de las psicoterapias para depresión en niños y adolescentes. Se incluyeron 35 ensayos controlados aleatorizados publicados de 1980 a 2004, encontrando un tamaño de efecto (g de Hedges) de 0.34 para el postratamiento y un decremento de 0.28 en el seguimiento.

Otra segunda revisión relevante (Zhou et al., 2015) fue un meta-análisis de red que tuvo como objetivo comparar la efectividad de las psicoterapias para depresión en niños y adolescentes. En esta revisión se analizaron 52 ensayos controlados aleatorizados de 1980 a 2013. Los hallazgos indicaron que solo la TCC y la TIP resultaron significativamente más efectivas que las condiciones controles (diferencias de medias estandarizadas, DME oscilaron entre 0.47 y 0.96).

Una tercera revisión fue la realizada por Weisz, y colaboradores (2017), en la que de igual forma evaluaron la efectividad de las psicoterapias, incluyendo depresión, ansiedad, TDAH y problemas de conducta en esta población. Se incluyeron 447 ensayos controlados aleatorizados de 1963 a 2013, mostrando un tamaño de efecto de $g= 0.29$ para el postratamiento y de 0.22 en el seguimiento.

Finalmente, Eckshtain y colaboradores (2020) realizaron una revisión sistemática para evaluar la efectividad de las psicoterapias para depresión en niños y adolescentes que incluía 55 ensayos controlados aleatorizados entre 1984 y 2017, encontrando un tamaño del efecto de $g = 0.36$ para postratamiento y de $g = 0.21$ para seguimiento.

Tabla 1

Principales revisiones sistemáticas sobre terapia cognitivo conductual en niños con depresión (2014-2020).

Autores	Año	Objetivo	Número de estudios incluidos	Número total de participantes	Población/Edades	Conclusiones	Tamaño del Efecto
Eckshtain et al	2020	Evaluar la efectividad de las psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes.	55 estudios controlados aleatorizados de 1984-2017.	4,560	4-18 años	La TCC y la TIP producen efectos significativos. Pero la TIP fue mayor que la TCC.	g=0.36 postratamiento; g= 0.21 seguimiento.
Weisz et al	2006	Evaluar la efectividad de las psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes.	35 estudios controlados aleatorizados de 1980-2004.	2,095	Niños y adolescentes menores de 19 años.	La TCC en combinación con medicamento (fluoxetina) muestra resultados positivos, en comparación con solo la terapia.	g=0.34 postratamiento g=0.28 seguimiento
Weisz et al	2017	Evaluar la efectividad de las psicoterapias para depresión, ansiedad, TDAH y problemas de conducta, en niños y adolescentes	447 estudios controlados aleatorizados de 1963-2013.	30,431	4-18 años	Los tratamientos de la depresión obtuvieron peores resultados que las condiciones control al ser evaluados por los maestros de escuela.	g=0.29 postratamiento g=0.22 seguimiento g=-.41 TR postratamiento
Zhou et al	2015	Evaluar la efectividad de las psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes.	52 estudios controlados aleatorizados de 1980-2013.	3,805	6-18 años.	Solo la TCC y la TIP fueron significativamente más efectivas que las condiciones controles.	DME entre 0.47 y 0.96

TCC= terapia cognitivo conductual; TIP= terapia interpersonal; g= g de Hedges; TR=teacher report; DME= diferencia de medias.

Al igual que los datos de incidencia en México para depresión en niños, la literatura de investigación referente a los tratamientos psicológicos es escasa, debido a que principalmente se centran en adultos (Acosta et al., 2011). Tomando en cuenta el contexto social actual, las edades en las que se desarrolla las enfermedades mentales, las consecuencias a nivel personal y familiar de este trastorno en edades temprana, esta población debería ser un grupo prioritario para el estudio de salud mental (Medina-Mora et al., 2016). Desde hace décadas existe una gran necesidad de identificar y desarrollar tratamientos válidos y confiables, además de contar con evidencia científica, con el objetivo de ser aplicados en la práctica clínica. Si bien la literatura de investigación internacional señala que una de las intervenciones con mayor eficacia en la depresión es la terapia cognitivo-conductual, como se ha argumentado anteriormente, existen revisiones sistemáticas que han tratado de evaluar esta eficacia y evidencia por medio de meta-análisis de los diferentes estudios y no han podido explicar por qué los tamaños del efecto son tan pequeños, por lo que recomiendan condiciones metodológicas mucho más rigurosas que no impliquen comparación de grupos (Kazdin y Weisz, 1998; Weisz et al., 2017). Además, estos resultados apuntan a una necesidad de plantear nuevos tratamientos en los cuales se tengan en cuenta las comorbilidades. Al respecto, en los últimos años se ha descrito el abordaje del problema desde la TCC transdiagnóstica. Estas intervenciones presentan un grupo consolidado de técnicas dirigidas a tratar de manera eficiente y efectiva múltiples trastornos o grupos de problemas simultáneos (Chu, 2012). Este tipo de intervenciones se centra en desarrollar una unificación de un conjunto de intervenciones para abordar procesos emocionales, conductuales y biológicos en común que subyacen diferentes trastornos psicológicos (Ehrenreich-May y Chu, 2013). Se han desarrollado diferentes aproximaciones modulares en este tipo de tratamiento con la comorbilidad que la depresión presenta (Barlow et al; 2004; Ehrenreich-May et al., 2017). Una de estas propuestas recientes es la Aproximación Modular para Terapia de Niños con Ansiedad,

Depresión, Trauma o problemas Conductuales (Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma or Conduct problems) (MATCH-ADTC) de Chorpita y Weisz (2009). Estos autores realizaron investigaciones donde se compararon el uso del MATCH con la psicoterapia usual y con el uso del manual focalizado a uno o más trastornos. Los resultados refieren que el tratamiento modular funciona mejor que las otras dos condiciones para post tratamiento y para un seguimiento de dos años: $ES= 0.65$ para modular vs tratamiento usual en postratamiento (Chorpita et al., 2013), $ES= 0.59$ para modular vs tratamiento usual en postratamiento, y $ES=0.71$ para modular vs focalizado (Weisz et al., 2012) ($ES=$ tamaño del efecto por sus siglas en inglés, calculado como el valor absoluto del cociente de la diferencia en las tasas de cambio dividido por la raíz cuadrada de la varianza de la tendencia temporal, que indica la magnitud estandarizada del efecto).

Aunque existen una serie de tratamientos eficaces denominados como psicoterapias basadas en evidencias para niños y adolescentes (Weisz y Kazdin, 2010), la realidad es que estos manuales no son usados ampliamente en la práctica clínica, ya que cuando son usados en contextos clínicos del mundo real, los resultados parecen ser menos efectivos que en los estudios controlados (Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2013).

Dentro de las características particulares de las revisiones sistemáticas recientes antes mencionadas, los estudios que se incluyen son realizados en su mayoría en adolescentes o combinación con niños en edad escolar, debido quizás a la prevalencia en este tipo de población. Esto pudiera ser otra limitante que pudiera influir en la sobrestimación del efecto en las intervenciones (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015).

En México, los estudios de la depresión en niños con tratamientos basados en evidencia son limitados. Hasta conocimiento de la autora, después de una búsqueda en diferentes fuentes

incluyendo literatura gris, hasta el momento se han reportado muy pocos estudios con una metodología rigurosa y con este tipo de terapia, los estudios que se reportan más bien son de tipo epidemiológico o de revisiones con literatura internacional (Ulloa-Flores et al., 2011).

Diseños Experimentales de Caso Único

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) son los estudios más cercanos al método experimental y representan el diseño con el nivel más alto de causalidad (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011). Este tipo de estudios tienen la ventaja de que en teoría se pueden evitar sesgos, tienen un elevado nivel de comparabilidad de poblaciones y de información (Lazcano-Ponce et al., 2004). Su práctica, sin embargo, es muy compleja y después de los análisis de las revisiones se puede indagar que hace falta generar intervenciones experimentales acordes al objeto de estudio de la psicología, libres de problemas encontrados en los ECAs, como son el que este tipo de diseños es usado principalmente por la comunidad médica para comparar tratamientos farmacológicos, en el caso de la psicología la conducta es variable, flexible, por lo que no cumple como una causalidad, además de los problemas idiográficos que no toma en cuenta este diseño (Erwin, 2006). La psicoterapia busca información que es útil para el tratamiento individual del paciente con características y problemas que son en cierto grado diferentes de otros pacientes. En cambio, los ensayos controlados aleatorizados solo se centran en la media de la diferencia estadística entre el grupo con tratamiento y el grupo control y dicha media puede no ser aplicable a ningún individuo en concreto, además de que pueda esconder a algunos individuos para los cuales no hubo efecto o el efecto fue adverso. El uso de grupos con muestras grandes de participantes no es una garantía de la generalización de los resultados (Kazdin, 2021), puesto que también es necesario el muestreo aleatorio o la replicación. Los ECAs no evalúan los progresos individuales, aunque pueden ser de gran utilidad en sugerir qué tipo de terapia es efectiva (Kazdin, 2019b).

Asimismo, no discriminan las diferentes variables que pueden influir en el tratamiento porque no cuentan con múltiples mediciones.

Los diseños experimentales de caso único (también denominados diseños N=1) parecen ser una opción ante estas limitaciones. Este tipo de diseños se refiere a una aproximación metodológica que puede usarse en la investigación de la efectividad del tratamiento, permitiendo inferencias científicamente válidas sobre los efectos del mismo, históricamente, el uso de este diseño en la psicología se ha centrado en intervenciones conductuales (Barlow et al., 2009; (Kazdin, 2019b; Kratochwill et al., 2010; Manolov et al., 2014; Tate et al., 2008). Sin embargo, la utilidad de estos diseños se ha resaltado en diferentes disciplinas y áreas de estudio: medicina (Nikles & Mitchell, 2015), educación (Plavnick & Ferreri, 2013), educación especial (Maggin et al., 2018), rehabilitación (Graham et al., 2012; Tate & Perdices, 2020), y diferentes tipos de psicoterapia (Johnston & Smith, 2010; Wood et al., 2021; Zuidersma et al., 2020). La literatura de investigación internacional en años recientes, está haciendo uso de este tipo de diseños, retomándolos de su uso en la psicología, con la finalidad de desarrollar tratamientos personalizados ante las necesidades individuales de cada paciente en el ámbito médico. Por ejemplo, los diseños de caso único se han utilizado en niños con hipertensión (Samuel, et al., 2019), con lesiones cerebrales (Nikles et al., 2017), diferentes medicamentos para TDAH (Punja et al., 2016), además de incluir estos estudios con este particular diseño en los meta-análisis junto con ECAs con el fin de potencializar los resultados (Punja et al., 2016).

El diseño de caso único permite la evaluación de intervenciones mientras son aplicadas clínicamente, en lugar de una o dos observaciones de varias personas como los diseños de grupo, varias observaciones se obtienen de una o de pocas personas. De hecho, las revisiones de estudios de diseños de caso único, sugieren que el número típico de participantes en un estudio es tres

(Shadish y Sullivan, 2011; Tanious y Onghena, 2021). Aunque la lógica de ambos diseños (grupo y diseño de caso) no es muy diferente, pues ambos requieren hacer comparaciones en diferentes condiciones y ambos buscan inferencias sobre el efecto de las intervenciones, el diseño de caso único cuenta con mayor viabilidad en este proyecto de investigación, al no necesitar un número grande de participantes, cuidar y proteger los lineamientos éticos (como es el caso del diseño de base múltiple no concurrente) al no utilizar un grupo control como tal porque cada participante funciona como su propio control, además de que el tratamiento puede detenerse, continuar o alterarse en función de la información de las evaluaciones. Estos diseños son experimentos reales que permiten investigaciones con un máximo control sobre la intervención, además de ser uno de los diseños considerados como nivel uno en las categorías que conforman los tipos de estudio con mayor evidencia de la investigación (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011). Según Kazdin (2019), el diseño experimental de línea base múltiple tiene varias ventajas que lo hacen muy útil en ambientes aplicados, como el hecho de que no exista la necesidad de reducir o suspender el tratamiento para observar el efecto del mismo. Otra ventaja tiene que ver con la aplicación gradual o escalonada de la intervención en diferentes personas, conductas o ambientes, lo cual permite tanto comparaciones intra-sujeto, como entre-sujetos, además de reducir la posibilidad de que los cambios observados se deban a efectos externos a la intervención. Una última ventaja es la aplicación de la intervención en uno de los dominios de funcionamiento, como síntomas, a la vez, lo que permite evaluar a efectividad del procedimiento.

Uso de la Tecnología como Modelo Novedoso de Atención durante la Pandemia

La Brecha de Tratamiento

En los últimos años, los epidemiólogos han estudiado un concepto que es importante mencionar con el objetivo de comprender la pertinencia de la telepsicología como el modelo de

atención al que se recurrió en este estudio. Este concepto es la brecha de tratamiento, que se refiere a la diferencia que hay entre la proporción de las personas que padecen un trastorno o que requieren servicios psicológicos, y la proporción que los recibe (Kohn et al., 2004). En México se ha estimado una prevalencia de entre 16 y 20% de trastornos psiquiátricos en menores de 3 a 12 años (Caraveo et al., 1995), en otro estudio posterior se encontró que más de la mitad de los padres de menores con probabilidad de sufrir un problema de salud mental no habían considerado la necesidad de buscar ayuda (Caraveo et al., 2002). La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México (Benjet et al., 2009), realizada en la población de la Ciudad de México, indicó que casi 40% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad sufrieron algún trastorno psiquiátrico en el último año, aunque menos de 14% recibió tratamiento en el mismo año. Los trastornos mentales son sumamente prevalentes en niños y adolescentes con tasas de 39% en México y con una brecha de tratamiento por arriba de 86%, lo que resulta alarmante (Kohn, 2018).

Barreras para Recibir Tratamiento

Dentro de las diferentes barreras para acceder a los servicios de salud mental se definen dos categorías basadas en el origen de la barrera: factores propios del sistema (costos financieros, disponibilidad del servicio y cuestiones políticas) y factores actitudinales (estigma, conocimiento en salud mental, creencias) (Andrade et al., 2014; Corrigan et al., 2014; Sarikhani et al., 2021). Además de estas barreras, se encuentran otros obstáculos relacionadas con la práctica clínica, como son, el que las sesiones del tratamiento se proporcionen de forma personal por un profesional de la salud, el que éste cuente con un posgrado o certificación y el que lleve las sesiones de forma presencial en un consultorio (Kazdin, 2019a).

Nuevos Modelos de Atención

Como ya se ha abordado anteriormente, existen tratamientos eficaces (basados en evidencia) para muchos de los trastornos que sufren niños, adolescentes y adultos (Barkham y

Lambert, 2021; David et al., 2018; Weisz y Kazdin, 2017). El problema entonces no radica en la falta de tratamientos, sino en la imposibilidad de llegar a la mayor parte de las personas que necesitan los servicios. Por ello se han propuesto una serie de modelos diferentes al modelo tradicional presencial e individual. Algunos ejemplos de estos modelos que se han probado en México son el cambio de tareas, innovaciones disruptivas, mejora compra, entretenimiento educativo y el uso de las tecnologías (Espinosa et al., 2018; Medina Mora et al., 2010; Ortega et al., 2021; Singhal et al., 2003; Tiburcio et al., 2018). Este último modelo se refiere a el uso de intervenciones de prestación de servicios remotos basados en internet, así los tratamientos en línea forman parte de este modelo novedoso de prestación de servicios de salud para ampliar el alcance de las intervenciones.

La Pandemia y su Efecto en los Niños

Con la pandemia del coronavirus COVID-19, la salud mental en México y en el mundo se vio afectada. Al comparar estudios de los trastornos mentales en niños y adolescentes antes y después de la pandemia, se ha encontrado que ésta tuvo un impacto negativo en esta población en depresión, ansiedad y distrés psicológico (Kauhanen et al., 2023). Este dato concuerda con lo encontrado en México, donde la pandemia tuvo un impacto particularmente asociado, de igual forma, con ansiedad, depresión, estrés y distrés, siendo las mujeres y los jóvenes los de mayor riesgo para desarrollar síntomas de trastornos de salud mental (Hernández-Díaz et al., 2022). Si bien, los tratamientos psicológicos se habían probado con modelos de atención de tipo presencial, con el distanciamiento social por la pandemia se interrumpieron la mayoría de las interacciones sociales, educativas, laborales y dentro del campo de la psicología el modelo de atención tradicional terapéutico individual cara a cara (Medina-Mora, 2020). Este modelo de atención tradicional se ha distinguido como un modelo dominante tanto en investigación como en la

práctica clínica, sin embargo, carece de alcance suficiente para que la mayoría de las personas con problemas de salud mental reciban atención (Kazdin, 2019a).

Telepsicología

La telepsicología o servicios psicológicos que se llevan a cabo por medio de videoconferencia, en este sentido, ayuda a disminuir la brecha de tratamiento (Duncan et al., 2014). La literatura de la telepsicología enfocada en niños y adolescentes utilizada antes de la pandemia era escasa, además de que este nuevo modelo de psicoterapia había sido implementado principalmente en adultos (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). La información sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en la población infantil por medio de videoconferencia era limitada en comparación con la de adultos (Slone et al. 2012). Algunos de los estudios que se realizaron en ese entonces, mostraron resultados alentadores en cuanto al uso de la tecnología en el tratamiento cognitivo conductual para depresión y ansiedad en esta población (Calear et al., 2009; O’Kearney et al., 2006; O’Kearney et al., 2009).

Durante la pandemia la telepsicología, naturalmente, se utilizó como una manera alternativa ante el cierre de los centros de servicios presenciales. Estudios recientes señalan que es una modalidad de atención factible y aceptable para diversos trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, incluyendo a la depresión (Ali et al., 2023; Norman et al., 2022). Por ejemplo, Porter y colaboradores (2022) encontraron una reducción significativa en síntomas de ansiedad y depresión encontrando tamaños de efecto de medios a grandes ($d=.45$ a $d=-1.39$) con un programa TCC por videoconferencia durante el cierre en 2020.

Planteamiento del Problema

La información disponible tanto de la depresión en niños, su tratamiento y efectividad, así como los diseños de investigación y los modelos de atención utilizados para probar su efectividad requieren mayor investigación. Por tal motivo, se presentan dos estudios, el primero es una revisión sobre la intervención cognitivo conductual para la sintomatología depresiva en niños y el segundo es un protocolo de investigación que evalúa el efecto de una intervención cognitivo conductual remota para niños con sintomatología depresiva con un diseño de línea base múltiple.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto de la TCC a distancia sobre la sintomatología depresiva en niños escolares?

Objetivo General

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual a distancia sobre la sintomatología depresiva en niños en edad escolar con un diseño experimental de caso único.

Objetivos Particulares

1. Realizar una revisión sobre el tratamiento cognitivo conductual para la depresión en niños en edad escolar.
2. Evaluar el efecto de la TCC remota sobre los síntomas de la depresión en niños con medición pre y post test y con un diseño N=1.
3. Evaluar el mantenimiento del efecto de la TCC.

Hipótesis Primaria

La TCC a distancia disminuirá los síntomas de depresión en niños escolares.

Hipótesis Secundaria

Los cambios conductuales se mantendrán a través del tiempo en el seguimiento.

Revisión de la TCC para la Sintomatología Depresiva en niños

Porqué es Importante esta Revisión

Existe una gran necesidad de identificar y desarrollar tratamientos válidos y confiables, además de contar con evidencia científica, con el objetivo de ser aplicados en la práctica clínica (Kazdin & Weisz, 1998). Si bien la literatura de investigación señala que una de las intervenciones con mayor eficacia en la depresión es la terapia cognitivo-conductual, los estudios antes mencionados han tratado de encontrar esta eficacia y evidencia por medio de revisiones con meta-análisis, sin lograr explicar el tamaño del efecto tan pequeño de los diferentes tratamientos en la depresión en niños, al compararlos con grupos control, por lo que recomiendan condiciones metodológicas mucho más rigurosas que no impliquen estos grupos (Weisz et al., 2017). Igualmente recomiendan los estudios de caso único aplicado a esta población con otra revisión, encontrando resultados prometedores (Schleider & Weisz, 2017).

Además de señalar que las revisiones que se han hecho incluyen en su mayoría estudios con adolescentes, en esta revisión se pretende incluir a niños (menores de 12 años) los cuales hayan sido evaluados a partir de ensayos controlados aleatorizados y diseños de caso único. Las diferentes revisiones aquí señaladas, sugieren una nueva revisión que tome en cuenta aspectos más específicos como la edad, ya que al hablar de niños y adolescentes en el caso de los estudios que se realizan en esta población, se dejan de lado aspectos de desarrollo, ya que no es igual evaluar o tratar psicológicamente a niños de preescolar como a los adolescentes, la brecha es demasiado grande, los niños tienen procesos diferentes a los de los adolescentes, tanto cognitivos, de lenguaje, sociales, físicos, habilidades motrices, por mencionar algunos (Craig, 2001). Otro aspecto a tratar es el tipo de intervención, igualmente las revisiones se centran en una amplia variedad de psicoterapias, que es otra razón que los investigadores explican los resultados de las revisiones (Cox et al., 2014), el actual estudio pretende concentrarse únicamente en la terapia

cognitivo conductual (TCC), que es una de las que mayor evidencia ha encontrado en cuanto a efectividad, como se mencionó anteriormente, al compararla con otras como terapia conductual, terapia cognitiva, terapia familiar, , terapia de juego, solución de problemas, terapia psicodinámica, terapia de apoyo, así como condiciones de control, lista de espera, placebo, tratamiento usual, sin tratamiento (Zhou et al., 2015). Como la depresión afecta de manera importante a la población infantil y las revisiones que existen al respecto se concentran en su mayoría en adolescentes, se espera que esta revisión de la literatura ayude a identificar aquellos estudios que cuenten con la rigurosidad científica necesaria para evaluar el efecto de la intervención psicológica cognitivo-conductual en niños. Por todo lo anterior se vuelve necesario realizar esta nueva revisión.

Objetivos

Preguntas y Criterios de Elegibilidad

El planteamiento de los objetivos de la revisión es evaluar los efectos de la terapia cognitivo conductual para la sintomatología depresiva en niños.

Pregunta PIO ¿Para niños prescolares y escolares es eficaz la terapia cognitiva conductual para disminuir la sintomatología depresiva? La pregunta PIO (*Popultaion, Intervention and Outcomes*) se utilizó para articular las búsquedas de *Población, Intervención y Desenlaces* en este caso particular con la población infantil, la TCC y la depresión. Usualmente se utiliza con mayor frecuencia la herramienta PICO (*Popultaion, Intervention, Comparision and Outcomes*), en este caso se omitió la comparación para enfocarse en la TCC específicamente (véase la Tabla 1).

Tabla 1*Sistema de búsqueda de PIO*

P	I	O
Children	Cognitive behavioral therapy	Depression
School children		Depressive disorder
Preschool children		Mood disorder

Nota. P=Población; I=Intervención; O=Desenlaces.

Método

Criterios de Elegibilidad

Tipos de Diseño

Los tipos de diseño que se incluyeron en la búsqueda para la revisión fueron ensayos controlados aleatorizados así como diseños experimentales de caso único. En investigación clínica los ensayos controlados aleatorizados son de gran utilidad en sugerir qué tipo de terapia es efectiva (Kazdin, 2019b). El diseño experimental de caso único se ha utilizado como una alternativa confiable para evaluar efectos de intervenciones conductuales en niños (Kazdin, 2021). Además los diseños de N=1 pueden utilizarse tanto en la atención clínica como en la investigación, y tienen el potencial de producir estimaciones del efecto del tratamiento tanto individuales como poblacionales (Punja, 2016).

Tipos de Participantes

Niños en edad preescolar, entre tres y cinco años, y niños en edad escolar, entre seis y 12 años de edad. Se excluyeron estudios que solamente incluyeran adolescentes, de entre 12 a 18 años y se incluyeron los que contenían niños y adolescentes.

Tipos de Intervenciones: Cognitivo-Conductual

Aquellas intervenciones descritas por los autores como cognitivas-conductuales o la descripción del uso de técnicas cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual es una combinación de la terapia conductual y la terapia cognitiva, además de utilizar habilidades y técnicas usadas en muchos programas como entrenamiento en relajación, afrontamiento de diferentes estresores, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas (Zhou et al., 2017). La intervención puede ser sola o en combinación con medicamento, de modalidad individual o grupal, sin excluir el tipo de modalidad (presencial, virtual, por teléfono). Intervenciones que pueden o no incluir la participación de los padres pero que la intervención sea principalmente en los niños. La TCC administrada según los principios estándar como modelo psicológico de tratamiento que implica reconocimiento de emociones, cogniciones y entrenamiento conductual. La TCC puede ser dirigida a los niños o a ambos (niños y sus padres). La TCC centrada en el niño, se refiere a un contacto directo cara a cara con el terapeuta y con una participación mínima o nula de los padres. La TCC dirigida a los niños y padres debe incluir sesiones con el niño, sesiones con los padres o en conjunto.

Dentro de los dominios de la TCC, se incluyeron reestructuración, relajación, conductas a modificar, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, identificación de emociones (Kendall & Kosovsky, 2010). La terapia cognitivo conductual funciona con cualquiera de los dominios descritos o sugeridos por el nombre si el dominio no está bien descrito. En cuanto a la intensidad y frecuencia de la intervención el meta-análisis de Zhou y colaboradores (2015) refiere en los estudios analizados sesiones de entre seis a 24 sesiones con una duración de una hora semanal.

Grupo Control

Zhou y colegas (2017) mencionan condiciones sin tratamiento, placebo psicológico, tratamiento usual y lista de espera.

Tipos de Mediciones de Resultados

La descripción de una medida subjetiva por medio de instrumentos que tenga propiedades psicométricas apropiadas y que midan depresión. Eficacia medida por el cambio continuo medio global de las escalas de síntomas depresivos (autoevaluados o evaluados) por ejemplo, Children's Depression Rating Scale (CDRS-R), Children's Depression Inventory (CDI), Child Behavior Checklist (CBCL), Mood and Feeling Questionnaire (MFQ).

Tipos de desenlace para la búsqueda

Para los desenlaces principales se tomaron depresión, trastorno depresivo y síntomas depresivos. Los desenlaces secundarios fueron trastornos de adaptación, trastornos del estado de ánimo desesperanza, tristeza, trastorno afectivo, enfermedad emocional, ansiedad y angustia.

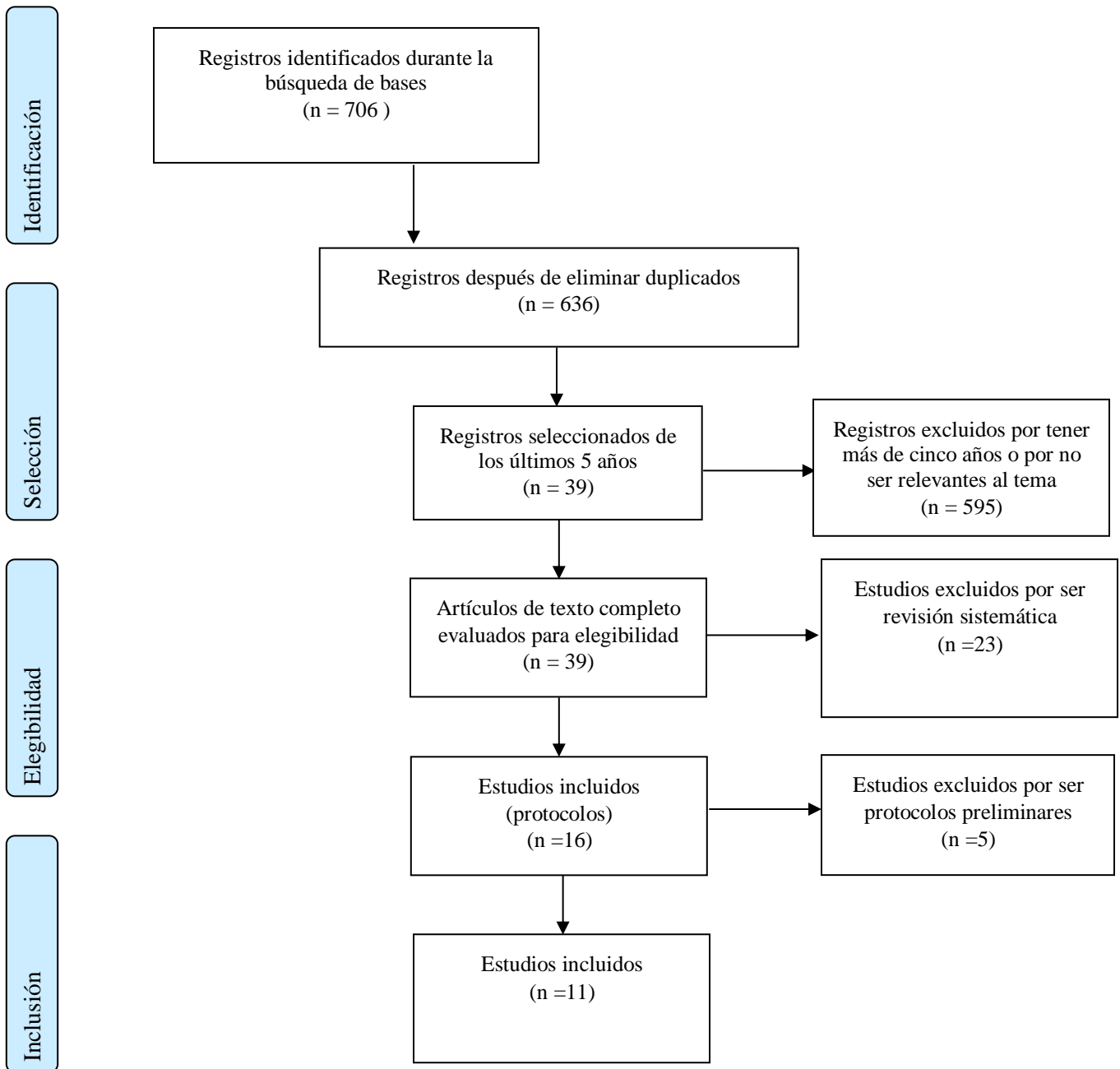
Métodos de búsqueda de estudios

Fuentes de Búsqueda Electrónica

Las siguientes bases de datos fueron analizadas durante el periodo de Octubre 2018 y Enero 2019. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: MEDLINE (vía PubMed), Web of Science (vía Clarivate Analytics), PsycInfo (vía OVID), CINAHL (vía EBSCO) y Cochrane (OVID), en los últimos 5 años, utilizando los descriptores que indica el MeSH (encabezados de términos médicos descritos en (tesauros de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos). La estrategia de búsqueda incluyó el total de documentos descritos, la búsqueda se realizó con filtros para incluir ensayos controlados aleatorizados, así como diseños experimentales de caso único. También se filtraron las edades las cuales se agrupaban en preescolares (tres a cinco años) y escolares (seis a 12 años). En el caso de la Biblioteca Cochrane, la propia base de datos ofrece la cifra del total de revisiones sistemáticas en la *Base de Datos Cochrane de Revisiones*

Sistemáticas, sin poder filtrar las edades o el diseño de igual manera que con las otras bases por lo que se buscó con palabras de texto adicionales. Se utilizó el gestor de referencias bibliográficas Mendeley, con el fin de organizar las referencias localizadas, así como descartar las referencias duplicadas. Estas búsquedas pueden consultarse en el Apéndice 1. En la Figura 1 se observa la identificación y selección de los estudios.

Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión.



Resultados

Después de seleccionar los artículos por título y resumen los estudios publicados en los últimos cinco años escritos en castellano o inglés y eliminar los registros repetidos, se identificaron 11 ensayos controlados aleatorizados descritos en la Tabla 2. No se encontró ninguno diseño experimental de caso único. El análisis de sesgo no se realizó debido a que las especificaciones de las revisiones sistemáticas señalan que debe haber un revisor del sesgo con la verificación de los juicios por parte de un segundo revisor (Garrity et al., 2021), en esta revisión no se cuenta con este segundo revisor.

Depresión como Única Variable Dependiente

El primer estudio encontrado fue publicado por Kennard y colaboradores (2014), en el cual se evaluó un tratamiento secuencial de fluoxetina y una intervención TCC con prevención de recaídas (PR) con la combinación del medicamento para mejorar los niveles de depresión en niños y adolescentes, utilizando la *Escala de Depresión para Niños (CDRS-R*, por sus siglas en inglés). La fase de PR-TCC fue efectiva en la reducción del riesgo de recaídas pero no en la aceleración del tiempo de remisión. Siguiendo esta línea de investigación Emslie y colaboradores (2015) continuaron evaluando el efecto del tratamiento secuencial de fluoxetina y una intervención TCC con prevención de recaídas (PR) con la combinación del medicamento como una segunda parte del estudio anterior. Los resultados mostraron que la remisión entre los dos grupos no fue significativamente diferente. Una de las principales limitaciones de estos estudios fue que los participantes no fueron cegados a la asignación de los tratamientos.

Tabla 2. Estudios de terapia cognitivo conductual en niños con depresión (2014-2018)

Estudio	Año	Diseño	Muestra	Edades	Tratamiento	IC	Variables	TE
Emslie	2015	ECA	n=144	8-17 (78.5% adolescentes)	PR-TCC	Medicamento	Depresión	g=0.25
Goldbeck	2016	ECA	n=159	7-17	ET-TCC	Lista de espera	TEPT, ansiedad, depresión y calidad de vida	d=0.32
Jensen	2014	ECA	n=156	10-18	ET-TCC	Terapia usual	TEPT, ansiedad, depresión y síntomas generales de salud mental	d=0.54
Jolley	2018	ECA	n=44	8-14	TCC	Terapia usual	Experiencias inusuales, ansiedad, depresión	d= 0.3-0.6
Keerthy	2016	ECA	n=217	9-17	TCC	Terapia de apoyo no directiva	Depresión, enfermedad intestinal inflamatoria	d=1.20
Kennard	2014	ECA	n=144	8-17 (79% adolescentes)	PR-TCC	Medicamento	Depresión	g=0.439
Langley	2015	ECA	n=74	6-11	TCC G	Lista de espera	TEPT, depresión y ansiedad	f=.34
Ooi	2016	ECA	n=82	10-17	TCC	Lista de espera	TEPT, depresión, problemas internalizantes y externalizantes, funcionamiento psicosocial	$\eta^2=0.07$
Pophillat	2016	ECA	n=206	6-9	TCC	Sin tratamiento	Ansiedad, depresión, habilidades sociales	-
Szigethy	2014	ECA	n=217	9-17	TCC	Terapia de apoyo no directiva	Depresión, enfermedad intestinal inflamatoria	d= 1.31
Szigethy	2015	ECA	n=161	9-17	TCC	Terapia de apoyo no directiva	Depresión, enfermedad intestinal inflamatoria	d=0.23

Nota: IC=Intervención de comparación; ECA=Ensayo Controlado Aleatorizado; TCC= terapia cognitivo conductual; PR= prevención de recaídas; ET= enfocada en el trauma; TEPT=Trastorno por estrés post traumático. TE= Tamaño del Efecto: g= g de Hedges; d= d de Cohen; f= f de Cohen; η^2 = eta cuadrada.

Depresión y Enfermedad Intestinal Inflamatoria

Dentro de estas investigaciones se identificó un estudio en el cual se comparó la eficacia de una intervención TCC con una terapia de apoyo no directiva en niños y adolescentes con depresión y enfermedad intestinal inflamatoria, utilizando el *Inventario de Depresión para Niños (CDI por sus siglas en inglés)*, el *CDRS-R* y una *entrevista dirigida a los padres*. Más de 62 % de las sesiones TCC y más de 70% de la terapia de apoyo no directiva fueron completadas por teléfono. Ambas psicoterapias redujeron la sintomatología depresiva pero no se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos.

Dentro de las limitaciones, mencionan un posible sesgo de selección de los participantes con depresión leve y moderada (Szigethy et al., 2014). Este mismo grupo de investigadores realizaron un segundo estudio derivado del antes mencionado con los participantes con enfermedad de Crohn. Ambos tratamientos mostraron mejora en depresión sin diferencias significativas entre las intervenciones, aunque sí para la mejora de la enfermedad de Crohn y síntomas somáticos de la depresión en el grupo con TCC. Una limitación importante que refieren es que la mejoría de la depresión pudo deberse a la regresión a la media (Szigethy et al., 2015).

En otro estudio Keerthy y colegas (2016) evaluaron la efectividad de la TCC con una terapia de apoyo no directiva para tratar depresión en niños y adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal. Los instrumentos utilizados para medir la depresión fueron *el CDI*, *el CDRS-R* y *una entrevista semiestructurada*. Los resultados mostraron un decremento significativo en la depresión. Dentro de limitaciones refieren el no utilizar un grupo control sin tratamiento debido a las consideraciones éticas, así como no haber incluido otras mediciones como los procedimientos quirúrgicos.

Depresión con Comorbilidades

El primer estudio encontrado que consideraba a la depresión y demás comorbilidades fue el estudio de Jensen y colaboradores (2014) en el cual se evaluó la eficacia de la TCC enfocada en el trauma (ET) con terapia habitual para la reducción de síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y síntomas generales de salud mental en niños y adolescentes por medio de un ensayo controlado aleatorizado. La depresión se midió con el *Cuestionario del Estado de ánimo y Sentimientos (MFQ*, por sus siglas en inglés). Los resultados indicaron que la TCC-ET es efectiva en la reducción de los síntomas de TEPT pero también de depresión. Dentro de las limitaciones de este estudio, se señala que habían más psicólogos con posgrado en el grupo experimental comparados con la terapia habitual.

En otra investigación Langley y colaboradores (2015) evaluaron una intervención escolar TCC grupal para niños que habían sido expuestos a una serie de eventos traumáticos, con el fin de examinar la efectividad en la mejora de los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad. El instrumento empleado para medir la depresión fue el *CDI*. El grupo experimental demostró una mejora importante en los síntomas de TEPT y ansiedad no así en los de depresión. El grupo control (lista de espera) mostró mejorías en las tres variables ya mencionadas. Dentro de las principales limitaciones se resalta el tamaño de la muestra y la falta de evaluadores cegados en el grupo de tratamiento.

En otro estudio Goldbeck y colaboradores (2016) buscaron determinar la efectividad de una TCC enfocada en el trauma, utilizando el *CDI* y el *Cuestionario sobre el comportamiento de niños de 6-18 años (CBCL/6-18*, por sus siglas en inglés) para medir la depresión. Se encontró que la TCC enfocada en el trauma es efectiva para la disminución de los síntomas de TEPT pero no así para la depresión. Dentro de las limitaciones más

importantes se encontró la imposibilidad de cegar a los pacientes y los terapeutas para el tratamiento.

Por su parte Ooi y colaboradores (2016) examinaron la eficacia de una TCC grupal en niños migrantes afectados por la guerra reubicados en Australia, utilizando la *Escala de autoevaluación para depresión de Birlson (DSRS por sus siglas en inglés)*. Los resultados mostraron que aunque no se encontró un efecto en los síntomas de TEPT, se observó una disminución significativa de los síntomas de depresión. Una de las limitaciones de estudio fue el tamaño de la muestra.

En otro estudio se evaluó la eficacia de una TCC para prevenir y reducir problemas internalizantes, específicamente depresión y ansiedad, en niños con el uso del instrumento CDI para medir depresión. Los participantes del grupo de prevención no mostraron un decremento significativo en depresión o ansiedad comparado con el grupo control. Dentro de las limitaciones destacadas mencionan que los niños de grados menores estaban en el proceso de lectoescritura, por lo que es probable que la complejidad del programa redujera los beneficios para estos grupos (Pophillat et al., 2016).

Finalmente Jolley y colegas (2018) pusieron a prueba una intervención TCC enfocada en experiencias inusuales (percepción o creencias que otros encuentran irreal) en niños. La depresión se midió con el Cuestionario Breve del Estado de ánimo y los Sentimientos (*SMFQ por sus siglas en inglés*) y en un cuestionario donde se concentraban conductas internalizantes y externalizantes incluyendo depresión llamado Cuestionario de fortalezas y dificultades (*SDQ, por sus siglas en inglés*). Los resultados mostraron que el rango de los efectos estimados del tratamiento generalmente favoreció ligeramente al grupo experimental para todas las variables, excepto la depresión y el SDQ total. Una limitación importante de este estudio es que todas las evaluaciones se realizaron sin cegamiento.

Tipo de Usuario

Dos de las publicaciones se refieren al tratamiento de la depresión por si sola, mientras que las restantes incluía otras variables adicionales. Cinco mencionan ansiedad, cuatro TEPT, tres enfermedad inflamatoria intestinal y cinco incluían otras variables como calidad de vida, problemas mentales, problemas internalizantes y externalizantes y funcionamiento psicosocial.

Tipo de Tratamiento

El tratamiento utilizado fue la TCC en los 11 estudios. Las intervenciones de comparación fueron medicamento, terapia de apoyo no directiva, sin tratamiento, lista de espera y terapia usual.

Población

El total de la muestra de todos los estudios fue de 1604 participantes. En nueve artículos los tratamientos se aplicaron en niños y adolescentes, en los dos estudios restantes solo se incluyeron niños escolares. Las edades se encuentran en un rango de entre 6 y 18 años. El número de participantes varía entre 44 y 217 niños y adolescentes. Solo en dos de los estudios se incluyó exclusivamente a niños escolares y no se encontró ningún estudio con niños prescolares.

Efecto del Tratamiento

De los 11 estudios diez reportaron el tamaño del efecto, solo en dos de ellos el tamaño es alto (Keerthy et al., 2016; Szigethy et al., 2014), en ambos estudios se encuentra la variable de enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de la intervención cognitivo conductual para depresión en niños. Los estudios incluyeron participantes con depresión

entre seis y 17 años. Los estudios descritos concuerdan con lo encontrado en la literatura de investigación, el tamaño del efecto de las intervenciones psicológicas en el caso de la terapia cognitivo conductual para depresión en niños tiene tamaños del efecto pequeños (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015). En cuanto a las dos investigaciones encontradas donde se obtuvo un efecto alto, cabe resaltar que el 62% de la intervención fue por teléfono en uno de los estudios y que en ambos se encontraba la variable enfermedad intestinal inflamatoria. Los investigadores mencionan en sus limitaciones que una posible explicación pudo haber sido la regresión a la media, una muy conocida amenaza a la validez interna (Keerthy et al., 2016; Szigethy et al., 2014).

Las revisiones de la literatura científica internacional, al igual que en esta revisión, incluye estudios con niños y adolescentes, siendo estos últimos los más estudiados, en esta revisión también se incluyeron ambos grupos encontrando nueve estudios donde se incluían niños escolares y adolescentes de hasta 18 años, y dos estudios que solo incluían niños en edades escolares (Langley et al., 2015; Pophillat et al., 2016). Esto se puede explicar debido a diferentes factores, el primero es que la prevalencia de la depresión en estas edades, los síntomas internalizantes como por ejemplo los síntomas de la depresión y la ansiedad se dan en la pre adolescencia, y durante la infancia los síntomas son generalmente de tipo externalizantes como por ejemplo los problemas de conducta (Achenbach & Edelbrock 1978; Kolucki & Lemish, 2011; Weiss & Garber, 2003), el segundo es que los síntomas además pueden ser enmascarados con las comorbilidades que acompaña la depresión. Por último los números en años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) incrementan de forma constante durante la infancia y la adolescencia. La depresión

inicia desde los cinco años pero es más frecuente y evidente en la edad adulta (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Esta revisión solo incluyó estudios con diseños de ECAs debido a su rigor metodológico y aunque se buscaron diseños experimentales de caso único, no se encontró ninguno reciente. Estos hallazgos corroboran lo encontrado en otras revisiones pero además muestran que los diseños de N=1 no son utilizados con estas variables.

La principal limitación de esta revisión es el no contar con un análisis riguroso como lo sería una revisión sistemática, que incluye un análisis estadístico como el meta-análisis, análisis de sesgos de resultados, además de dos o más expertos en el tema revisando los artículos (Urrútia y Bonfil, 2010). Sin embargo, la virtud de esta revisión radica en mostrar la falta de estudios de diseños experimentales de caso único en estas intervenciones, así como replicar y corroborar lo que otras revisiones anteriores han encontrado en los ECAs las últimas décadas (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015).

Se recomienda continuar con investigación de intervenciones en depresión infantil que incluyan a niños prescolares y escolares de forma independiente a la de los adolescentes. La inclusión de las diferentes poblaciones infantiles podría ayudar a prevenir e intervenir desde edades más tempranas la depresión así como otras psicopatologías que llegan a evolucionar en la edad adulta (Davies, Sullivan, & Zammit, 2018; Wickersham et al., 2021).

Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la depresión en niños escolares: estudio de línea base múltiple

El objetivo de este estudio es examinar la eficacia de la TCC remota con un diseño experimental de caso único SCED de línea base múltiple en niños de edades escolares (6-12 años) con sintomatología depresiva. Este tipo de diseños permite la aplicación gradual o escalonada de la intervención en diferentes personas, comparaciones intra-sujeto y entre-sujetos, además de reducir la posibilidad de que los cambios observados se deban a efectos externos a la intervención (Kazdin, 2021). En vista de los tamaños del efecto pequeños observados en los estudios basados en ECAs, se espera que las comparaciones intra-sujeto conlleven cuantificaciones de mayor magnitud. Asimismo, se predijo que se observarían reducciones significativas del pre al post tratamiento en las evaluaciones así como las principales quejas de los padres. Por último, se esperaba que los beneficios del tratamiento se mantuvieran en un mes de seguimiento.

Método

Diseño

Se realizó un SCED de línea base múltiple no concurrente. Se eligió este diseño por varias razones. En primer lugar, el SCED es un diseño considerado como primer nivel en tratamientos basados en evidencia científica (Tate et al., 2013; Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011). Aunque los ECA pueden obtener una mayor claridad causal, no evalúan los progresos individuales y no discriminan las diferentes variables que pueden influir en el tratamiento porque no cuentan con múltiples mediciones (Kazdin, 2019b; Kazdin, 2021). Otras razones fueron el reclutamiento de una población especializada (niños con depresión y comorbilidad). Los diseños de línea base múltiple se han utilizado como

una alternativa confiable para evaluar efectos de intervenciones conductuales en niños (Lumpkin et al; 2002), además de ser el diseño de caso único más frecuentemente utilizado en diversas disciplinas (Pustejovsky et al., 2019; Shadish y Sullivan, 2011; Smith, 2012; Tanious y Onghena, 2021). En este diseño son posibles inferencias causales más válidas escalonando la intervención por sujetos, es decir que existe una introducción secuencial de la intervención a lo largo del tiempo (Kratochwill, 2010). En el presente estudio, los niños fueron asignados aleatoriamente a líneas bases que duraron 3, 4, 5 y 6 semanas. Los padres completaron cuestionarios por medios virtuales de manera retrospectiva. Las medidas repetidas continuaron semanalmente durante el tratamiento, además de las evaluaciones post tratamiento y con un mes de seguimiento.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (a) edades entre 6 y 12 años, (b) diagnóstico con sintomatología depresiva según el *Cuestionario sobre el comportamiento de niños de 6-18 años (CBCL/6-18, por sus siglas en inglés)* y (c) diagnóstico con o sin comorbilidad de al menos uno de los siguientes trastornos: TDAH, trastornos de ansiedad o problemas conductuales. Los criterios de exclusión fueron (a) diagnóstico de trastorno bipolar y (b) diagnóstico con daño neurológico.

El grupo de participantes incluyó a 20 niños mexicanos (media de edad = 8.7; $DE = 1.71$) y sus padres. Los niños varones fueron 13 (65%). Uno de los niños varones tenía autismo. Los 20 niños (100%) cumplían los criterios de uno o más trastornos comórbidos con depresión, 18 con ansiedad, nueve con déficit de atención y cinco con problemas de conducta. La comorbilidad presentada es coherente con la literatura de investigación (Benjet et al., 2009; Polanczyk et al., 2015). Cinco de los participantes se retiraron del estudio.

Instrumentos

Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños de 6-18 años (CBCL/6-18, por sus siglas en inglés). Este instrumento mide la presencia de psicopatología conductual y afectiva en niños y adolescentes de seis a 18 años durante los últimos seis meses. En este instrumento los padres son los informantes a partir de las preguntas del cuestionario. 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: afectivos, ansiedad, quejas somáticas, déficit de atención/hiperactividad, oposicionista desafiante, problemas de conducta, 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 realizarse manualmente a través de perfiles, o bien a través de un programa computarizado, en este caso se utilizó este último. 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 .90 y consistencia interna por Alpha de Cronbach de .78 a .97. Las propiedades psicométricas del CBCL6/18 han sido estudiadas en varias culturas, los cuales han mostrado que la estructura en general es consistente sin 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 tres categorías según el percentil: normal (0-92), limítrofe (93-97) y clínico (98-100). Para la interpretación de los síntomas de cada trastorno, se puede obtener la sumatoria de todos los reactivos y transformarla a puntajes *t*, donde: normal (< 65), límite (65-69) y clínico (> 69). Para los problemas internalizantes y externalizantes el rango clínico por percentil se considera a partir del percentil 90, y para las puntuaciones *t* se considera normal (< 60), límite (60-63), clínico (> 63). (Achenbach et al., 2003; Achenbach y Rescorla, 2001; Achenbach y Rescorla, 2007). Para las mediciones de línea base y durante el tratamiento se utilizaba la subescala de depresión por medio de un formulario que se les enviaba de forma electrónica semanalmente.

Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés). Se utilizó la versión del CDI adaptada al español, que se ha probado en México con una confiabilidad obtenida por medio del coeficiente alfa de Cronbach de .81 (Miranda de la Torre et al., 2016). En cuanto a la validez, el inventario tiene una validez de criterio concurrente con una correlación de .81 ($p < .001$) y una validez de constructo divergente de correlación de -.50 ($p < .01$). El instrumento consta de 27 reactivos, contestándose cada uno de ellos mediante tres alternativas de respuesta que recaban la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente en edades de entre siete y 15 años, los reactivos se califican de cero a dos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil y permite obtener datos de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004). El inventario se enviaba por medio de la plataforma Survio antes y al final de la intervención, este instrumento fue contestado por los niños con ayuda de los padres.

Escala de Consecución de Metas (GAS, por sus siglas en inglés) Es un método desarrollado originalmente en salud mental con adultos para el establecimiento de objetivos del tratamiento. Se llevan a cabo entrevistas al inicio y final de la intervención con el fin de evaluar si el paciente logra las metas de tratamiento específicas que se habían 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 debe identificar los incrementos por encima o por debajo del nivel de desempeño esperado. Se utiliza una escala de cinco puntos para graduar los objetivos de -2 a +2, donde 0 es el nivel esperado de desempeño (Kiresuk y Sherman, 1968; Harpster et al., 2019).

Procedimiento

Pre tratamiento

Para la línea base se aplicaron los reactivos del CBCL correspondientes a la escala de *Depresión*, se iniciaron con los niños a quienes se les asignaron seis líneas bases hasta llegar a los de tres. Todo se realizaba a través de *Google Forms*. Alumnos de licenciatura que participaron en el proyecto se encargaban de ponerse en contacto con los padres de los participantes por teléfono o mensaje de texto cada semana con el fin de recordarles el llenado del formato. Este procedimiento continuó de la misma manera una vez iniciado el tratamiento.

Tratamiento

Las sesiones se realizaban de forma grupal, por grupo de edad (seis-siete, ocho-diez, 11-12) La primera cohorte quedó conformado por cinco participantes, la segunda por seis y la tercera por cuatro. Los grupos de cada sesión se conformaban entre dos y tres niños, pero variaba según los horarios en los que las familias tenían accesibilidad por lo que se les invitaba a asistir en otro horario aunque no fuera el del grupo de edad que les correspondía.

Por ejemplo, habían ocasiones que todos los participantes se conectaban en la misma sesión. El tiempo y el número de sesiones fueron reducidos porque se observó en un estudio previo que el periodo de atención en los niños suele ser menor en la modalidad virtual (Suárez y Landa-Ramírez, 2023). El tratamiento fue impartido por la investigadora, quien cuenta con estudios de posgrado y más de diez años de experiencia clínica en población infantil.

Con respecto a la intervención, la TCC es una de los tratamientos 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 estos manuales individuales y enfocados en un solo trastorno, no son usados ampliamente en la práctica clínica, ya que cuando son utilizados en contextos clínicos, 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). Estos nuevos tratamientos emplean un grupo consolidado de técnicas o intervenciones basadas en evidencia y que son dirigidas a tratar de manera eficiente y efectiva múltiples trastornos o grupos de problemas simultáneos (Chu, 2012). Dentro de esos tratamientos, uno de los programas que cuenta con adaptaciones al castellano y que ha sido estudiado y probado en diferentes poblaciones, incluyendo la cultura latina, es la Aproximación Modular para Terapia de Niños con Ansiedad, Depresión, Trauma o problemas Conductuales MATCH- ADTC por sus siglas en inglés (Chorpita y Weisz, 2009).

Para este estudio se utilizaron y adaptaron seis de los módulos del MATCH. Esto con el objetivo de reducir el tiempo de la intervención y de las sesiones al ser una adaptación remota. El programa incluye módulos para ansiedad, depresión, TEPT y

problemas de conducta en niños y adolescentes entre siete y 13 años. Los módulos centrales para depresión incluyen las técnicas de resolución de problemas, activación conductual, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. El programa cuenta con audios para los ejercicios de relajación, los cuales se encuentran en internet en diferentes idiomas, incluyendo el castellano y para diferentes edades. El tratamiento se basó en los ejercicios principales del manual, adaptándolos al castellano y en la modalidad virtual, tomando en cuenta los criterios de telepsicología (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013), así como de considerar algunos de los elementos de Bernal (2009) para la adaptación del lenguaje, cultura y contexto de los participantes. Además se redujo el número de módulos así como el tiempo de cada sesión (40 minutos), conservando las técnicas principales para depresión. El tratamiento original cuenta con 12 módulos, para este estudio se utilizaron y adaptaron los módulos de psicoeducación, solución de problemas, activación conductual, relajación, reestructuración y cierre. Se adaptó también, un módulo adicional para las prácticas parentales basado en el método Kazdin (2009). En esta sección se describen una serie de técnicas conductuales dirigidas a los padres con el objetivo de modificar las conductas deseadas (*Véase* Tabla 1).

Escenario

El tratamiento se realizó por medio de videollamada debido a las condiciones actuales de la pandemia de COVID-19 (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). La investigadora se conectaba por medio del programa Zoom una vez a la semana.

Tabla 1.*Objetivos principales de los módulos de la intervención para depresión.*

Módulo	Objetivo
1. Aprendiendo sobre la depresión y la ansiedad	Psicoeducación dirigida a los padres sobre la depresión y ansiedad así como conceptos necesarios para la TCC para los padres. Información tomada del MATCH
2. Método Kazdin	Entrenamiento dirigido a los padres, sobre del uso de reforzadores como elogio y economía de fichas, opuestos positivos, construir gradualmente, simulación y la importancia de la práctica. Las técnicas se tomaron del curso https://www.coursera.org/learn/everyday-parenting
3. Relajación.	Aprender a relajarse (incluye respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva e imaginación guiada) . Se utilizaron los audios en castellano del MATCH en conjunto con estos videos: https://www.youtube.com/watch?v=aaTDNYjk-Gw&list=PLWWOpXDivNU84lUqgBID0zUdS9DmwyVL6&ab_channel=therapYi https://www.youtube.com/watch?v=gLbK0o9Bk7Q&list=PLWWOpXDivNU84lUqgBID0zUdS9DmwyVL6&index=11&ab_channel=MarkConnelly
4. Solución de problemas	Enseñar a los pacientes a resolver problemas efectivamente por medio de cinco pasos, a saber, definición del problema, generar soluciones, definir cuáles son las más viables, escoger una y probarla. Información tomada del MATCH
5. Activación conductual.	Identificar y utilizar actividades positivas para mejorar el estado de ánimo. Realizar una lista de actividades divertidas para los niños con el objetivo de seleccionar y realizar alguna de ellas cada día aunque no se tenga la motivación para llevarla a cabo. Información y ejercicios tomados del MATCH
6. Reestructuración cognitiva	Identificar y revisar pensamientos disfuncionales con el fin de mejorar el estado de ánimo. Se utilizó como recurso el cuento digital “El malentendido” https://www.storyjumper.com/book/playvideo/95743736/kk5zv97t elaborado por la autora en colaboración con su hijo.
7. Cierre	Resumen de todo lo aprendido con los pacientes, implementando el concepto de la caja de herramientas. Información tomada del MATCH.

Post Evaluación y Seguimiento

Una semana después de la intervención se enviaba el link para contestar el CBCL completo, el CDI y el GAS para el post tratamiento. Un mes después se enviaba el CBCL

completo nuevamente para el seguimiento y se les contactaba por teléfono, videollamada o mensaje de texto, según su preferencia y disponibilidad, para preguntar cómo se encontraba el participante.

Consideraciones éticas

Tras la aprobación del comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con el oficio EP/PMDPSIC/0412/2021, los participantes se reclutaron por medio de carteles digitales informativos dirigidos a escuelas públicas y privadas de la ciudad de México. Los padres interesados contestaron el CBCL/6-18 por medio de una plataforma virtual <https://survio.com/es/>. Los niños que cumplían los criterios de elegibilidad fueron contactados y se obtuvieron el consentimiento informado y la carta de asentamiento por medio de correo electrónico y teléfono. En estos documentos se hacía referencia a que los participantes podían retirarse del estudio en el momento que ellos considerarán sin que hubiera ninguna repercusión al hacerlo. Todas las sesiones fueron videograbadas y solo la investigadora principal tiene acceso a estos videos. El diseño implicó varias mediciones previas al tratamiento, por lo que se planteó que si llegaran a tener algún problema mayor en ese tiempo por la falta de tratamiento, se le proporcionaría el teléfono de la investigadora con el fin de llamar en caso de crisis y se intervendría oportunamente. Esto no ocurrió con ningún participante. Durante la intervención, se les pidió a los participantes que se encontraran solos en la habitación o espacio asignado y que utilizaran audífonos, esto se hizo con motivo de salvaguardar la privacidad de las familias.

Análisis de Datos

Análisis Visual

El análisis visual se llevó a cabo de acuerdo con las sugerencias de Kazdin (2021). Se utilizaron tres características para examinar los patrones de datos dentro y entre fases: (1) cambios de media entre fases; (2) tendencia; (3) latencia del efecto (i.e., si es inmediato o demorado).

Análisis Estadístico

Se recurrió al uso de la no sobreposición de todos los pares (NAP, por sus siglas en inglés), para obtener los efectos de la intervención y los valores estadísticos de los mismos (Parker y Vannest, 2009; Vannest y Ninci, 2015). Aparte de conceptualizarse como una cuantificación de no sobreposición, este índice se puede interpretar como probabilidad de superioridad (Grissom, 1994), concretamente, como la probabilidad de que un valor escogido al azar de la fase de intervención sea mejor que un valor escogido al azar de la fase de línea base. Aparte de esta ventaja interpretativa, el índice ha demostrado no ser sensible a aspectos procedimentales, tales como la longitud de las fases (Pustejovsky, 2019), ni a la presencia de autocorrelación en los datos (Manolov et al., 2011). Además, NAP muestra un acuerdo aceptable con otros índices de no sobreposición a la hora de analizar datos reales (Parker et al., 2011), sin presentar los problemas de cuantificación de otro índice parecido como Tau (Tarlow, 2017). El análisis se centró en los valores descriptivos del NAP, interpretándose valores entre 0.50 y 0.65 como efecto pequeño, valores entre 0.66 y 0.92 como efecto mediano y valores entre 0.93 y 1.00 como efecto grande, siguiendo las recomendaciones de Parker y Vannest (2009) con base en el estudio que realizaron sobre la distribución de los valores de NAP. Asimismo, optamos por no utilizar la información inferencial relacionada con el NAP (i.e., intervalos de confianza y p -

valores), debido a que dicha información se basa en el supuesto de datos independientes (Pustejovsky & Swan, 2018), algo que probablemente no se cumple en datos SCED (Shadish y Sullivan, 2011; Solomon, 2014). NAP es una cuantificación apropiada cuando no hay una tendencia hacia la mejora espontánea durante la fase de línea base. En caso contrario, es necesario corregir la cuantificación para evitar interpretaciones incorrectas. Por lo tanto, para aquellos datos en los que era visualmente evidente (siguiendo la recomendación de Parker et al., 2011) se procedió a calcular el índice Tau corrigiendo la tendencia de la fase de línea base (BCT, según sus siglas en inglés: *Baseline corrected Tau*), según la propuesta de Tarlow (2017). Se optó por esta versión de Tau en vez de la versión de Parker y colaboradores (2011), debido a los resultados del estudio de Tarlow (2017) quien demostró que la versión de Parker et al. podía conllevar valores fuera de los rangos admisibles y que, además, no controlaba lo suficiente la tendencia. Para calcular NAP se utilizó la web <https://jepusto.shinyapps.io/SCD-effect-sizes/>, mientras que para BCT se utilizó <https://ktarlow.com/stats/tau>.

Para la interpretación de la Tau de Parker, se utilizaron las reglas interpretativas de Vannest y Ninci (2015) en donde una mejora de 0,20 puede considerarse un cambio pequeño; de 0,20 a 0,60, un cambio moderado; de 0,60 a 0,80, un cambio grande; y por encima de 0,80, un cambio de grande a muy grande.

Finalmente, para comparar el pre, post y seguimiento del tratamiento se realizó una prueba no paramétrica de Friedman. Para la significancia clínica se utilizó el método tradicional de Jacobson y Truax (1991). Este método estima la significancia clínica en una población disfuncional donde se desconoce la población normal. Se establece un punto de corte igual o mayor a 1.96 considerando la validez y confiabilidad psicométrica de los instrumentos utilizados.

Resultados

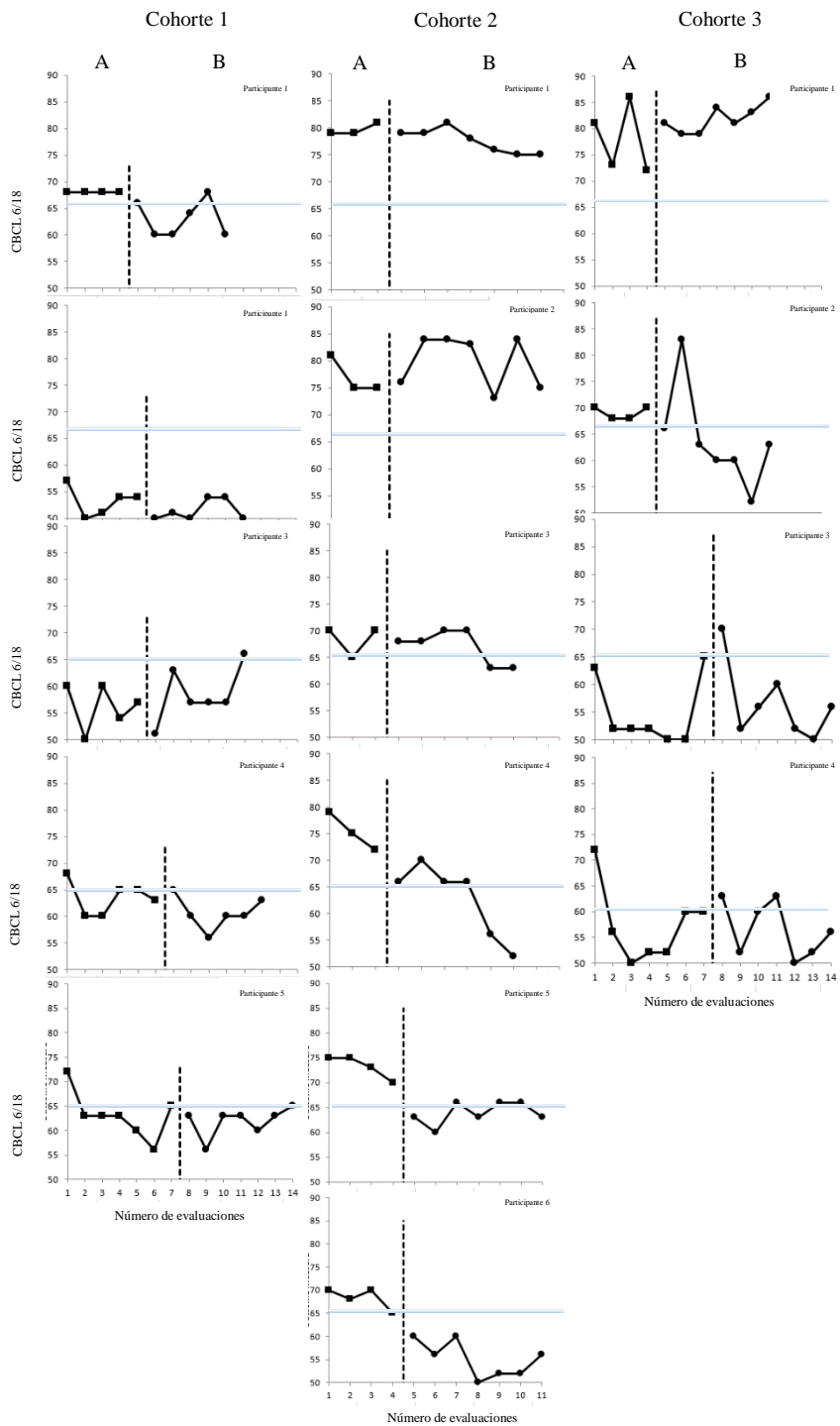
Resultados Cuantitativos

De los 20 participantes, 14 completaron todas las evaluaciones, uno no completó el seguimiento y cinco abandonaron el estudio, de éstos dos se retiraron durante la intervención y tres durante la línea base. No se canceló ninguna sesión por parte de ningún participante.

Los datos del SCED se presentan en la Figura 1. Se presenta la sintomatología depresiva de los 15 participantes según el CBCL 6/18. El análisis visual muestra que 12 de los participantes reportaron sintomatología depresiva alta. Tres de los participantes mostraron niveles bajos de depresión en línea base, éstos se incluyeron en el estudio debido a que en la evaluación previa obtuvieron una puntuación clínica, no así en las puntuaciones basales. Los cambios en la media de cada participante mostraron que la depresión disminuyó durante la fase B correspondiente al tratamiento, a excepción del participante 3 de la cohorte 1, el participante 2 de la cohorte 2 y el participante 1 y 3 de la cohorte 3. Se observa una tendencia a la baja durante la línea base en el participante 4 y 5 de la cohorte 2. La latencia fue mayor y notoria en el participante 4, 5 y 6 de la cohorte 2. Para todos los participantes de la cohorte 1, el participante 6 de la cohorte 2, y el participante 2, 3 y 4 de la cohorte 3 las puntuaciones estuvieron en el rango normativo la mayor parte del tiempo, por otro lado el participante 3 y 4 de la cohorte 2 alcanzaron este resultado al final de la intervención. Mientras que el participante 1 y 2 de la cohorte 2, y el participante 1 de la cohorte 3 se mantuvieron en el rango clínico (por arriba de lo normal), encontrando cierta inconsistencia en estos participantes.

Figura 1.

Puntuación de la escala de depresión del CBCL 6/18 para 15 participantes de tres cohortes.



Los valores de los índices de la no sobreposición de los datos de la escala de depresión del CBCL 6/18 para cada participante son presentados en la Tabla 2. Los valores del índice NAP se pueden interpretar para 12 de los 15 participantes: los que no muestran una mejora espontánea clara durante la fase de línea base. De estos 12, seis muestran una mejora moderada (con valores de NAP entre 66% y 92%, según Parker y Vannest, 2009), uno muestra una mejora pequeña (entre 50% y 65%), uno muestra prácticamente ausencia de cambio (NAP=49%) y cuatro muestran empeoramiento (con valores por debajo del 50%). Para los tres participantes con tendencia hacia la mejora en la fase de línea base, después de aplicar el BCT, solo uno muestra una mejora moderada (con valor entre -.20 y -.60, según las reglas interpretativas de Vannest y Ninci, 2015), mientras que los otros dos muestran empeoramiento.

Tabla 2.

Valores del índice NAP y corrección de Tau de la escala de depresión del CBCL 6/18.

Cohorte	Participante	NAP (%)	Tau (-1, +1)	Conclusión	Vannest Ninci	Corrección línea base	Conclusión	Vannest Ninci (0.2-0.6-0.8)
1	1	92	-0.84	Mejora	Muv grande			
1	2	70	-0.40	Mejora	Moderada			
1	3	38	0.24	Empeoramiento	Moderado			
1	4	74	-0.24	Mejora	Moderada			
1	5	56	-0.12	Mejora	Pequeña			
2	1	79	-0.58	Mejora	Moderada			
2	2	29	0.42	Empeoramiento	Moderado			
2	3	67	-0.34	Mejora	Moderada			
2	4	100	-1.00	Aplicar corrección		0,48	Empeoramiento	Moderado
2	5	100	-1.00	Aplicar corrección		0,20	Empeoramiento	Pequeño
2	6	100	-1.00	Aplicar corrección		-0,56	Mejora	Moderada
3	1	34	0.32	Empeoramiento	Moderado			
3	2	86	-0.72	Mejora	Grande			
3	3	39	0.22	Empeoramiento	Moderado			
3	4	49	0.02	No diferencia	Casi nula			

Para el CDI, nueve de los 15 participantes (60%) mejoraron, tres de los 15 (20%) se recuperaron y tres de los 15 (20%) empeoraron. Para el GAS, 14 de los 15 participantes (93%) refirieron haber mejorado (puntuación +1) al menos en una de las tres problemáticas que habían referido en un inicio, siete (46%) de los 15 reportaron mejorar mucho más de lo esperado (puntuación +2) en al menos uno de los tres problemas, cinco de los 15 (33%) refirieron haber quedado igual en al menos uno de las tres problemas y uno de los 15 (6%) reportó haber empeorado en uno de los problemas. Los problemas que mencionaron los padres preocuparles y querer modificar fueron referentes a componentes fisiológicos (llanto, sudoración, dormir sin compañía, comer en exceso, encopresis) comportamentales (morderse las uñas, seguir instrucciones especialmente de tipo escolar, autolesiones, golpes a sí mismo, jalarse el cabello, gritar, impulsividad) cognitivas (distracción, pensar en querer estar muerto, que nadie lo quiere, que es feo, pensamientos negativos con relación a los hermanos) y emocionales (notarlo nervioso, triste, miedo a la obscuridad, sentimientos de soledad, expresar sentimientos, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración).

La prueba Friedman reveló cambios significativos en los tres puntos de tiempo para la escala de depresión del CBCL 6/18, $Z(2, N=14)= 14.73, p < .001$. Se encontraron cambios significativos del pretratamiento al seguimiento $Z(2, N=14)= 1.357, p < .001$.

Para la significancia clínica, según el índice de Jacobson y Truax, 11 de los 15 (73%) mejoraron en el postratamiento. Para el seguimiento, 11 de los 15 (73%) tuvieron un cambio favorable atribuible a la intervención. Uno de los 15 (6%) mejoró en el postratamiento y recayó en el seguimiento.

Resultados Cualitativos

Existen resultados expresados por los padres de los niños en el momento del seguimiento pero que no fueron medidos cuantitativamente. La mayoría de los padres que

fueron contactados (13 de los 15) percibían que había sido de utilidad y que sus hijos habían mejorado. Una de las madres no contestó el seguimiento y otra refirió que notaba a su hijo peor que antes ya que estaba de mal humor y aún con dificultades como no querer ir al baño por estar haciendo otra actividad como estar en la computadora o en la consola de videojuegos.

Aunque si bien, la mayoría percibían una mejoría en sus hijos, la pandemia continuaba y los comentarios se concentraban en que aún tenían inconvenientes especialmente dentro de las actividades académicas por ejemplo en la atención de los niños en las clases de la escuela que se realizaban por videoconferencia, dificultad por realizar la tarea escolar o los deberes del día a día. Otros referían que después del periodo de vacaciones habían notado conductas problema, como por ejemplo meterse las cosas en la boca. Otras quejas que reportaron también fueron peleas entre hermanos, notar ansiedad, no obedecer y problemas para dormir. Cuando se les preguntaba si continuaban con las técnicas, mencionaban que ya no las estaban realizando por falta de tiempo o porque se encontraban de vacaciones.

Además del tratamiento se encontraron otros factores que ayudaron en la mejoría de los niños y que caben resaltar. Tres de los participantes adoptaron una mascota y referían que eso también les había ayudado mucho en el estado emocional de sus hijos. El niño con autismo había mejorado notablemente según su madre porque le habían contratado una sombra, una persona encargada de que el niño realizara de manera correcta la economía de fichas y los ejercicios además de observarlo y acompañarlo durante el día. Otro de los participantes había iniciado una modalidad híbrida en la escuela, por lo que se sentía muy motivado por el regreso y la convivencia con los compañeros de manera presencial.

Discusión

El objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de la TCC remota con un SCED de línea base múltiple en niños de edades escolares (6-12 años) con sintomatología depresiva. Con base en los resultados obtenidos en este estudio se puede decir que en general los puntajes de depresión con las dos mediciones que se utilizaron (contestadas por padres y niños) disminuyó en la mayoría de los participantes. Estos datos son similares a los reportados en la literatura de investigación (Jensen et al., 2014; Keerthy et al., 2016; Ooi et al., 2016; Szigethy et al., 2014; Szigethy et al., 2015). Además la reducción de la sintomatología depresiva encontrada es congruente con los hallazgos para atención psicológica a distancia (Calear et al., 2009; O’Kearney et al., 2006; O’Kearney et al., 2009). Estas similitudes son notables dadas las diferencias en los diseños de investigación y las características de los participantes de cada estudio. Esta investigación se centró en niños escolares, mientras que la mayoría de los estudios descritos en los diferentes meta-análisis con población infantil se concentran más en adolescentes y en otros contextos diferentes a los de México (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015).

La integración de los módulos de esta intervención resultó benéfica no solo en el decremento de los síntomas de la depresión sino en la disminución de los problemas que los padres habían referido (fisiológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales), tal y como se había encontrado en los estudios de Kazdin referentes al entrenamiento de los padres (Kazdin, 2017a; Kazdin et al., 2018). La pertinencia que fueran los padres los que definieran estos problemas radica en que más que un auto registro, resultaba una observación directa de las conductas de los niños, si bien el GAS tenía una puntuación como en un auto registro, las conductas eran descritas por los propios padres.

La adaptación de los módulos dirigidos a los padres y la integración de técnicas que se utilizan no solo en la depresión sino también en sus comorbilidades (Chorpita y Weisz, 2009) coadyuvó a la mejoría de los síntomas con un número menor de módulos. Debido al contexto de la pandemia se requirió de la adaptación remota y grupal del tratamiento por lo que también resultó benéfico, especialmente por el momento en el que se llevó a cabo. Gracias a la naturaleza del diseño utilizado, se permitieron observar las condiciones contextuales de cada participante, por ejemplo, el presentar autismo en el caso de uno de los niños, el aislamiento social durante la pandemia, las condiciones sociales, entre otras. Por un lado, el trastorno del espectro autista es una condición especialmente difícil para este tipo de intervenciones remotas. Las deficiencias persistentes en la comunicación social y la interacción social, así como patrones restrictivos y repetitivos son algunos de los síntomas que el DSM-V señala en este trastorno (American Psychiatric Association, 2014). Por otro lado la pandemia tuvo una afectación importante en la salud mental de los niños. De acuerdo con revisiones sistemáticas que evaluaron el efecto del encierro por la pandemia de COVID-19 en la salud mental infantil, se detectó un aumento sustancial de los síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los índices observados antes del cierre (Newlove-Delgado et al., 2023; Panchal et al., 2021; Samji et al; 2022). Además, cabe destacar que la alta prevalencia de problemas de salud mental se ha asociado con comunidades con bajo nivel socioeconómico (Curtis et al., 2001; Farrell et al., 2009). Estas afectaciones impactaron de manera importante en el tratamiento, de hecho se esperaba que los niños presentaran depresión y que ésta empeorara debido a las condiciones particulares de la pandemia (Hernández-Díaz et al., 2022; (Kauhanen et al., 2023), por ejemplo, en los casos de los tres participantes que presentaron empeoramiento, uno de ellos contaba con

condiciones socioeconómicas desfavorables, su madre y él vivían en un solo cuarto y el acceso al internet era desde un teléfono celular que ocupaban entre los dos. En otro de estos casos, el participante también vivía únicamente con su madre, quien sufría de alcoholismo, sus padres estaban divorciados y visitaba a su papá por determinado tiempo, por lo que su ambiente no era estable. Por último, una de las participantes tenía a su papá gravemente enfermo. La relación de estas condiciones particulares de los participantes con lo encontrado en la literatura de investigación antes citada es evidente. En cuanto a los cinco participantes que abandonaron el tratamiento, mencionaron no poder continuar por tener un familiar con COVID-19, un procedimiento quirúrgico en una de las madres, problemas personales, complicación en llenar los formatos e instrumentos y otras actividades que realizaban en el mismo horario de las sesiones.

Con respecto a los tamaños del efecto, las comparaciones intra-sujeto obtuvieron cuantificaciones de mayor magnitud. Estos hallazgos son diferentes a los encontrados en los meta-análisis de TCC para depresión en niños (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015). Las revisiones sistemáticas refieren tamaños del efecto débiles utilizando el diseño ECA en los estudios incluidos en estas revisiones. Se podría hipotetizar que los tamaños del efecto son diferentes con los diseños SCED y que podrían impactar en las revisiones. Punja y colaboradores (2016) evaluaron el impacto de la inclusión de diseños N=1 en un meta-análisis que solo había incluido ECAs para dos diferentes tratamientos médicos para TDAH. Se encontró que la inclusión de los SCED impactaron tanto en la magnitud del efecto como en la precisión de los intervalos de confianza, además de cambiar los efectos globales del tratamiento de estadísticamente no significativos a estadísticamente significativos. Aunque los ECAs son considerados como “la regla de oro” para evaluar el efecto de los tratamientos, tal vez otros tipos de estudios

(por ejemplo, la investigación observacional) y diseños que permiten establecer relaciones causales (experimentos de caso único) podrían utilizarse también en las revisiones (Frieden, 2017; Kazdin, 2022; Punja, 2016) así, en conjunto, se podrían encontrar resultados alentadores en los tamaños de efecto de las revisiones sistemáticas de intervenciones para depresión infantil. Aunque los tamaños del efecto son importantes, la significancia clínica juega un papel fundamental en este tipo de investigaciones. Si bien en esta investigación se le ha dado un peso importante al tamaño del efecto, debido a lo encontrado y referido en las revisiones sistemáticas (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015), es bien estudiado que los tamaños de efecto fuertes pueden no marcar ninguna diferencia de importancia aplicada, mientras que los tamaño de efecto débiles sí pueden marcar esa diferencia (Kazdin, 2013; Kazdin, 2021). En esta investigación 11 de los 15 participantes mejoraron en este sentido, a pesar de las condiciones y las afectaciones comentadas.

Con la pandemia de COVID-19 las investigaciones y la práctica clínica necesitaron de nuevas estrategias para impartir las intervenciones. Los retos para adaptar los tratamientos psicológicos dirigidos a la población infantil a un contexto remoto son diversos, en la presente investigación se encontraron varios desafíos, entre ellos principalmente fueron el acceso y uso de la tecnología, la atención de los niños y la adaptación de los módulos a una versión virtual. Las barreras encontradas en este estudio, referente al uso y acceso a 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) concuerdan con crear un buen rapport, mantener el interés de los niños con actividades dirigidas tanto en el ambiente físico como en el virtual y preparar el ambiente para la videollamada. Por último, con respecto a la adaptación de los módulos, se

realizó un esfuerzo por no solo traducir el contenido de las intervenciones originales, sino también tomar en cuenta el lenguaje, cultura y contexto de los participantes y familiares, siguiendo valores, significados y patrones culturales (Bernal et al., 2009).

Dentro de las limitaciones del estudio, se encontraron además de estos obstáculos antes mencionados, en primer lugar, que el tiempo del seguimiento fue de tan solo un mes, por lo que no se puede verificar si el efecto perduró a lo largo del tiempo, por ejemplo en un año. En segundo lugar, al ser una población perteneciente a la Ciudad de México, se considera un grupo homogéneo, por lo que los hallazgos no pueden generalizarse a niños de otros grupos étnicos, además de haberse aplicado durante la parte más álgida de la pandemia, todo lo anterior hace casi imposible la replicación de un estudio en dichas condiciones. Esto es algo esperado en investigaciones de naturaleza clínica al cuidar demasiado la validez interna. La generalización a otras poblaciones, ambientes y tiempo en el que se realiza un estudio son amenazas de la validez externa (Kazdin, 2017b). En este caso los resultados se limitan a un momento determinado en el tiempo (pandemia). En tercer lugar, las edades de los participantes fueron entre seis y 12 años (uno de los criterios de inclusión de este estudio) sin embargo, el CDI es un instrumento que mide la depresión a partir de los siete años, así como el MATCH ADTC que igualmente está diseñado para niños mayores de siete años (Chorpita y Weisz, 2009; Kovacs, 2004). Al no existir instrumentos o tratamientos de depresión para niños de seis años, se imposibilitó y limitó este criterio de inclusión. En esta investigación se pretendía incluir a niños de edad escolar debido justamente a que las edades de los participantes en los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas son en su gran mayoría mayores de seis años o se realizan únicamente con adolescentes (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015), queríamos saber si este tratamiento podía favorecer también a los niños

de menor edad. No obstante, tanto el instrumento como la adaptación del tratamiento parecieron funcionar de forma adecuada al contar además con las mediciones del CBCL 6-18 y del GAS observando cambios favorables para estos grupos de edad. En futuros estudios como solución se sugiere elaborar su propio instrumento o validar el ya existente incluyendo a niños de seis años. En cuarto lugar, los participantes que mostraron un decremento de la depresión durante la línea base pudieron haber disminuido esta sintomatología debido a un efecto de regresión a la media, la cual es una amenaza a la validez interna del estudio porque no se puede asegurar que la mejoría de estos participantes se deba a la intervención. La depresión es una variable que fluctúa en el tiempo y los síntomas deben durar por lo menos dos semanas (American Psychiatric Association, 2014; WHO, 2018). Una posible solución para futuras investigaciones es medir dos veces el pre test y seleccionar solo a aquellos cuyas calificaciones muestren puntuaciones extremas ambas ocasiones (Kazdin, 2017b). Por último, la deseabilidad social entendida como la tendencia de los participantes en investigaciones a sesgar sus respuestas en encuestas y experimentos para parecer de forma más favorable (Crowne & Marlow, 1960). Este estudio al solo utilizar auto reportes pudiera haber sido afectado con este sesgo, por lo que se sugiere utilizar escalas de deseabilidad social como variables control con el fin de proteger la validez interna en futuros estudios de tipo clínico (Vesely & Klöckner, 2020).

A pesar de estas limitantes, consideramos que este estudio es una aportación importante a la investigación en psicología clínica por dos razones: Primero porque es un estudio en niños escolares y la mayoría de la investigación de intervenciones para depresión infantil se enfoca principalmente en adolescentes (Eckshtain et al., 2020; Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2017; Zhou et al., 2015). Segundo, basándonos en este estudio y en 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 población infantil a pesar de los obstáculos y barreras para la prestación de servicios. El uso del tratamiento TCC con esta adaptación remota es uno de los muchos nuevos modelos que podrían contribuir a tener un alcance en las personas que necesitan los servicios de salud mental y así ayudar a cerrar la brecha. Este último punto ha recibido poca atención, al menos dentro de la psicología clínica, de lo que se trata es de hacer llegar las intervenciones a más personas que necesitan de los servicios. Recordemos lo referido por Kohn y colaboradores (2018) al respecto de los trastornos mentales en niños y adolescentes con tasas de 39% en México y con una brecha de tratamiento por arriba de 86%, esto significa que la gran mayoría de la población de niños y adolescentes no reciben ningún tipo de tratamiento. Los modelos novedosos, como la telepsicología son necesarios para ampliar este alcance y llegar a un gran número de personas que abarquen a los diversos individuos más propensos a recibir pocos o ningún tipo de servicio, incluyendo a los niños y adolescentes como población minoritaria entre la más desatendida. En investigaciones futuras se recomienda el uso de la tecnología y las adaptaciones culturales en las intervenciones.

Finalmente, se puede concluir que la intervención TCC remota es un modelo de atención prometedor para reducir la carga de los trastornos mentales en niños mexicanos en edad escolar. Este tipo de intervención puede llegar a tener alcance y accesibilidad en la población infantil. Aunque las intervenciones a distancia en niños eran limitadas y relativamente escasas en comparación con la investigación en adultos (Slone et al. 2012), la pandemia hizo necesario el uso recurrente de estas tecnologías, por lo que probablemente continuarán siendo una opción en el futuro post pandemia. Esta investigación contribuye y

aporta información importante a los investigadores de políticas de salud pública para implementar estos modelos novedosos de atención y así ayudar a reducir la brecha.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Edelbrock C. S. (1978) The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin* 85(6):1275-1301. doi: 10.1037/0033-2909.85.6.1275.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & 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., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. *University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families*.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles. *University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families*.
- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., Ramos, F., Cruz, J., y Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivo de Neurociencias*, 16(1), 20–25. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>
- Ali, M. M., West, K. D., Bagalman, E., & Sherry, T. B. (2023). Telepsychiatry Use Before and During the COVID-19 Pandemic Among Children Enrolled in Medicaid. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 74(6), 644–647. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220378>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de*

los Trastornos Mentales: DSM-5. Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*. American Psychological Association.

Andrade L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., ...

Kessler, R.C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. doi: 10.1017/s0033291713001943

Barkham, M. y Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. En M. Barkham, W. Lutz y L. Castonguay (Eds.): *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed.) (pp. 135-189). New York, NY: John Wiley & Sons.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)

Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. (3rd Ed.). Pearson.

Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732–740.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica De Mexico*, *46*(5), 417-424.
<https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000500007>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *50*(4), 386–395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(4), 361-368.
doi:10.1037/a0016401
- Birmaher, B., Brent, D., AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T., Greenhill, L., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Stock, S., Ptakowski, K. K., & Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(11), 1503–1526.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Bonin, L., & Moreland, C.S. (2017). Overview of prevention and treatment for pediatric depression. In I. David Solomon (Ed.), *UpToDate*. Recuperado de <https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/overview-of-prevention-and-treatment->

for-pediatric-

depression?search=depression%20children&source=search_result&selectedTitle=1
~150&usage_type=default&display_rank=1

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009).

The YouthMood 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>

Caraveo A., J.J., Colmenares B., E. y Martínez V., N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 44*(6), 492-498. doi: 10.1590/S0036-36342002000600001

Caraveo A., J.J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López L., E.K. y Martínez V., A.

(1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México, 37*(5), 446-451.

Charles, J., & Fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family Physician, 46* (12), 901-907.

Chavez-Hernandez, A. M., Correa-Romero, F. E., Acosta-Rojas, I. B., Cardoso-Espindola, K. V., Padilla-Gallegos, G. M., & Valadez-Figueroa, I. (2018). Suicidal Ideation, Depressive Symptomatology, and Self-Concept: A Comparison Between Mexican Institutionalized and Noninstitutionalized Children. *Suicide & Life-threatening Behavior, 48*(2), 193–198. <https://doi.org/10.1111/sltb.12340>

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on

investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415-424.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).

Chorpita, B.F., & Weisz, J.R. (2009). *Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH-ADTC)*. Satellite Beach, FL: PracticeWise, LLC.

Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Bortrager, C., Ward, A. M., Wells, K. C., Gibbons, R. D., & the Research Network on Youth Mental Health. (2013). Long term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 999-1009.
<https://doi.org/10.1037/a0034200>.

Chu, B. C. (2012). Introduction to special series: Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 1–4.

Cooper, C. (2018). Global, regional, and national Disability-Adjusted Life-Years (DALY) for 359 diseases and injuries and Health Life Expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Psychiatry*, 392, 1859-1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)

Corrigan, P.W., Druss, B.G. y Perlick, D.A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398

- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008324.pub3>
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Prentice Hall.
- Crowne, D. P., and Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349–354. doi: 10.1037/h0047358
- Curtis, L. J., Dooley, M. D., Lipman, E. L., & Feeny, D. H. (2001). The role of permanent income and family structure in the determination of child health in Canada. *Health Economics*, 10(4), 287–302. <https://doi.org/10.1002/hec.591>
- David, D., Lynn, S.J. y Montgomery, G.H. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Davies, J., Sullivan, S., & 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>
- Dixon, M. R., Jackson, J. W., Small, S. L., Horner-King, M. J., Lik, N. M. K., Garcia, Y., & Rosales, R. (2009). Creating Single-Subject Design Graphs in Microsoft Exceltm 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 277–293. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-277>

- Duncan, A. B., Velasquez, S. E., & Nelson, E. L. (2014). Using videoconferencing to provide psychological services to rural children and adolescents: a review and case example. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 43(1), 115–127.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.836452>
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>.
- Ehrenreich-May, J., & Chu B. C. (2013). *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. Guilford Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
- Emslie, G. J., Kennard, B. D., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., Moore, J., Jones, J. M., ... & King, J. (2015). Continued effectiveness of relapse prevention cognitive-behavioral therapy following fluoxetine treatment in youth with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(12), 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.09.014>
- Erwin, E. (2006). Randomized clinical trials in psychotherapy outcome research.

Philosophy of Science, 73(2), 135–152. <https://doi.org/10.1086/510815>

Espinosa R., R., Pérez de Celis, H., C., Lara M., M.C., Somodevilla G., M.J. y Pineda T., I.

H. (2018). Chatbots en redes sociales para el apoyo oportuno de estudiantes universitarios con síntomas de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, 22, e06. doi: 10.24215/18509959.22.e06

Farrell, L., Sijbenga, A., & Barrett, P. (2009). An examination of childhood anxiety, depression and self-esteem across socioeconomic groups: A comparison study between high and low socioeconomic status school communities. *Advances in School Mental Health Promotion*, 2(1), 5–19. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2009.9715694>

Frieden, T. R. (2017). Evidence for health decision making –Beyond randomized, controlled trials. *New England Journal of Medicine*, 377(5), 465–475. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1614394>

Garrity, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

- Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159-170. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Goldstein, B. I., Carnethon, M. R., Matthews, K. A., McIntyre, R. S., Miller, G. E., Raghuvver, G., Stoney, C. M., Wasiak, H., McCrindle, B. W., American Heart Association Atherosclerosis, & Hypertension and Obesity in Youth Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young (2015). Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder Predispose Youth to Accelerated Atherosclerosis and Early Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 132(10), 965–986.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000229>
- Graham, J. E., Karmarkar, A. M., & Ottenbacher, K. J. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: Issues and Methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8), S111–S116.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.12.017>
- Grissom, R. J. (1994). Probability of the superior outcome of one treatment over another. *Journal of Applied Psychology*, 79(2), 314-316. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.2.314>

Harrington, R., Rutter, M., Weissman, M., Fudge, H., Groothues, C., Bredenkamp, D., ...

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)

Hernández-Díaz, Y., Genis-Mendoza, A. D., Ramos-Méndez, M. Á., Juárez-Rojop, I. E.,

Tovilla-Zárate, C. A., González-Castro, T. B., López-Narváez, M. L., & Nicolini, H.

(2022). Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic on Mexican Population:

A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public*

Health, 19(11), 6953. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116953>

Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*

Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. www.cochrane-handbook.org.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to

meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... &

Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-

focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of*

Clinical Child & Adolescent Psychology, 43(3), 356-369.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>

Johnston, M. V., & Smith, R. O. (2010). Single subject designs: current methodologies and future directions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(1), 4-10.

<https://doi.org/10.3928/15394492-20091214-02>

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>

Jolley, S., Kuipers, E., Stewart, C., Browning, S., Bracegirdle, K., Basit, N., ... & Turley, G. (2018). The Coping with Unusual Experiences for Children Study (CUES): A pilot randomized controlled evaluation of the acceptability and potential clinical utility of a cognitive behavioural intervention package for young people aged 8–14 years with unusual experiences and emotional symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 328-350. <https://doi.org/10.1111/bjc.12176>

Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M., & Blettner, M. (2011). Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(39), 663-8.

Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L., & Sourander, A. (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 995–1013. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>

Kazdin, A. E. (2009). *The Kazdin method for parenting the defiant child*. Houghton Mifflin Harcourt.

- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd Ed.). Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2013). *Behavior modification in applied settings* (7th ed.). Long Grove, IL: Waveland Press.
- Kazdin, A. E. (2017a). Parent management training and problemsolving skills training for child and adolescent conduct problems. En J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.): *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed.) (pp. 142-158). Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2017b). *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press.
- Kazdin A. E. (2019a). 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. (2019b). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kazdin, A. E. (2021). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (3rd Ed.). Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2022). Drawing causal inferences from randomized controlled trials in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*.
DOI: [10.1080/10503307.2022.2130112](https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2130112)
- Kazdin, A.E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T.J., Lecza, B., Carrubba, E. McWhinney, E.,

- & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*, 91-101.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 19–36. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.19>
- Keerthy, D., Youk, A., Srinath, A. I., Malas, N., Bujoreanu, S., Bousvaros, A., ... & Szigethy, E. M. (2016). Effect of psychotherapy on healthcare utilization in children with inflammatory bowel disease and depression. *Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, 63*(6), 658-664. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001207>
- Kendall, P. C., & Kosovsky, R. P. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Manual para el terapeuta*. Akadia.
- Kennard, B. D., Emslie, G. J., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., Jones, J. M., Foxwell, A. A., & King, J. (2014). Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *American Journal of Psychiatry, 171*(10), 1083-1090. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111460>
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior Modification, 43*(3), 330-360. <https://doi.org/10.1177/0145445517753940>
- Kohn, R., Ali, A.A., Puac P., V., Figueroa, C., López S., V., Morgan, K., Saldivia, S. y

- Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165. Doi: 10.26633/RPSP.2018.165.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866
- Kolucki, B., & Lemish, D. (2011). *Communicating with children: Principles and practices to nurture, inspire, excite, educate and heal*. UNICEF.
- Korczak, D. J., Ofner, M., LeBlanc, J., Wong, S., Feldman, M., & Parkin, P. C. (2017). Major depressive disorder among preadolescent Canadian children: rare disorder or rarely detected?. *Academic Pediatrics*, 17(2), 191-197.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). *What Works Clearinghouse: Single-case design technical documentation* (Version 1.0).
- Langley, A. K., Gonzalez, A., Sugar, C. A., Solis, D., & Jaycox, L. (2015). Bounce back: Effectiveness of an elementary school-based intervention for multicultural children exposed to traumatic events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 853.
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Angeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Publica de Mexico*, 46(6), 559-584.

- Levin, J. R., Ferron, J. M., & Gafurov, B. S. (2018). Comparison of randomization-test procedures for single-case multiple-baseline designs. *Developmental Neurorehabilitation, 21*(5), 290–311. <https://doi.org/10.1080/17518423.2016.1197708>
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy, 33*(1), 163–177. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80011-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80011-9)
- Maggin, D. M., Cook, B. G., & Cook, L. (2018). Using single-case research designs to examine the effects of interventions in special education. *Learning Disabilities Research & Practice, 33*(4), 182–191. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12184>
- Manolov, R., Gast, D. L., Perdices, M., & Evans, J. J. (2014). Single-case experimental designs: reflections on conduct and analysis. *Neuropsychological Rehabilitation, 24*(3-4), 634–660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>
- Manolov, R., Losada, J. L., Chacón-Moscoso, S., & Sanduvete-Chaves, S. (2016). Analyzing Two-phase single-case data with non-overlap and mean difference indices: Illustration, software tools, and alternatives. *Frontiers in Psychology, 7*, 32. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00032>
- Manolov, R., Solanas, A., Sierra, V., & Evans, J. J. (2011). Choosing among techniques for quantifying single-case intervention effectiveness. *Behavior Therapy, 42*(3), 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.12.003>

- McCarty, C. A., Violette, H. D., Duong, M. T., Cruz, R. A., & McCauley, E. (2013). A Randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 554–563. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.782817>
- Medina-Mora, M. E. (2020). COVID-19 and mental health: Challenges and opportunities. *Salud Mental*, 43(6), 241-242. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.033>
- Medina-Mora, M.E., García T., I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez P., L., Real, T. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33(5), 373-378.
- Medina-Mora, M. E., Sartí Gutiérrez E. J., Real Quintanar, T. (2016). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Academia Nacional de Medicina.
- Miranda de la Torre, I., Laborín-Álvarez, J. F., Chávez-Hernández, A. M., Sandoval, S., & Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del cdi en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud*, 26(2), 273-282.
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Depression in children and young people: Identification and management*. (NICE guideline NG134.). www.nice.org.uk/guidance/ng134.
- Newlove-Delgado, T., Russell, A. E., Mathews, F., Cross, L., Bryant, E., Gudka, R., Ukoumunne, O. C., & Ford, T. J. (2023). Annual Research Review: The impact of Covid-19 on psychopathology in children and young people worldwide: systematic review of studies with pre- and within-pandemic data. *Journal of Child Psychology*

and Psychiatry, and allied disciplines, 64(4), 611–640.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.13716>

Nikles, J., & Mitchell, G. (2015). *The essential guide to N-of-1 trials in health*. Dordrecht: Springer.

Nikles, J., Mitchell, G., McKinlay, L., Waugh, M. C., Epps, A., Carmont, S. A., & Senior, H. (2017). A series of n-of-1 trials of stimulants in brain injured children. *NeuroRehabilitation*, 40(1), 11-21.

Norman, S., Atabaki, S., Atmore, K., Biddle, C., DiFazio, M., Felten, D., Fox, E., Marschall, D., Newman, J., Robb, A., Rowland, C., Selekmán, R., Slovin, A., Stein, M., Strang, J., & Sable, C. (2022). Home direct-to-consumer telehealth solutions for children with mental health disorders and the impact of Covid-19. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 244–258.
<https://doi.org/10.1177/135910452111064134>

O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & 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., & 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>

Ooi, C. S., Rooney, R. M., Roberts, C., Kane, R. T., Wright, B., & Chatzisarantis, N. (2016). The efficacy of a group cognitive behavioral therapy for war-affected young migrants living in Australia: A cluster randomized controlled trial. *Frontiers in*

Psychology, 7, 1641.

Ortega A., C., Valtierra, E., Rodríguez C., F.G., Aranda, Z., Preciado, G. y Mohar, S. (2021). Protecting vulnerable communities and health professionals from COVID-19 associated mental health distress: A comprehensive approach led by a public-civil partnership in rural Chiapas, Mexico. *Global Health Action*, 14(1), 1997410. doi: 10.1080/16549716.2021.1997410

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2011). OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 levels of evidence. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–27. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367.

Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303–322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>

Plavnick, J. B., & Ferreri, S. J. (2013). Single-case experimental designs in educational research: A methodology for causal analyses in teaching and learning. *Educational Psychology Review*, 25(4), 549-569. <https://doi.org/10.1007/s10648-013-9230-6>

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & 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>
- Pophillat, E., Rooney, R. M., Nesa, M., Davis, M. C., Baughman, N., Hassan, S., & Kane, R. T. (2016). Preventing internalizing problems in 6–8 year old children: A universal school-based program. *Frontiers in Psychology*, 7, 1928.
- Porter, C., Galloghly, E., & Burbach, F. (2022). The effective delivery of digital CBT: A service evaluation exploring the outcomes of young people who completed video conferencing therapy in 2020. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, E27.
doi:10.1017/S1754470X22000216
- Punja, S., Bukutu, C., Shamseer, L., Sampson, M., Hartling, L., Urichuk, L., & Vohra, S. (2016). N-of-1 trials are a tapestry of heterogeneity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 76, 47-56.
- Punja, S., Schmid, C. H., Hartling, L., Urichuk, L., Nikles, C. J., & Vohra, S. (2016). To meta-analyze or not to meta-analyze? A combined meta-analysis of N-of-1 trial data with RCT data on amphetamines and methylphenidate for pediatric ADHD. *Journal of Clinical Epidemiology*, 76, 76-81.
- Pustejovsky, J. E. (2019). Procedural sensitivities of effect sizes for single-case designs with directly observed behavioral outcome measures. *Psychological Methods*, 24(2), 217-235. <https://doi.org/10.1037/met0000179>

Pustejovsky, J. E., & Swan, D. M. (2018). *Effect size definitions and mathematical details*.

Retrieved from <https://cran.r-project.org/web/packages/SingleCaseES/vignettes/Effect-size-definitions.html>

Pustejovsky, J. E., Swan, D. M., & English, K. W. (2019). An examination of measurement procedures and characteristics of baseline outcome data in single-case research.

Behavior Modification. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1177/0145445519864264>

Ros-DeMarize, R., Chung, P., & 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.cppeds.2021.100949>

Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G.

(2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173–189.

<https://doi.org/10.1111/camh.12501>

Samuel, J. P., Tyson, J. E., Green, C., Bell, C. S., Pedroza, C., Molony, D., & Samuels, J.

(2019). Treating Hypertension in Children With n-of-1 Trials. *Pediatrics*, 143(4), e20181818.

Sarikhani, Y., Bastani, P., Rafiee, M., Kavosi, Z. y Ravangard, R. (2021). Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income

countries: a scope study. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 836-852. doi:

10.1007/s10597-020-00619-2

- Schleider, J., & Weisz, J. (2017). A single-session growth mindset intervention for adolescent anxiety and depression: 9-month outcomes of a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12811>
- Seager van Dyk, I., Kroll, J., Martinez, R. G., Emerson, N., & Bursch, B. (2020). COVID-19 tips: Building rapport with youth via telehealth. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23293.10727>
- Shadish, W. R., & Sullivan, K. J. (2011). Characteristics of single-case designs used to assess intervention effects in 2008. *Behavior Research Methods*, 43(4), 971–980. <https://doi.org/10.3758/s13428-011-0111-y>
- Singhal, A., Cody, M.J., Rogers, E.M. y Sabido, M. (2003). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. London: Routledge.
- Slone, N. C., Reese, R. J., & 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>
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510-550. <https://doi.org/10.1037/a0029312>
- Solomon, B. G. (2014). Violations of assumptions in school-based single-case data: Implications for the selection and interpretation of effect sizes. *Behavior Modification*, 38(4), 477-496. <https://doi.org/10.1177/0145445513510931>

- 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>.
- Szigethy, E., Bujoreanu, S. I., Youk, A. O., Weisz, J., Benhayon, D., Fairclough, D., ... & Bousvaros, A. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(7), 726-735.
- Szigethy, E., Youk, A. O., Gonzalez-Heydrich, J., Bujoreanu, S. I., Weisz, J., Fairclough, D., ... & Srinath, A. (2015). Effect of 2 psychotherapies on depression and disease activity in pediatric Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(6), 1321-1328.
- Tanious, R., & Onghena, P. (2021). A systematic review of applied single-case research published between 2016 and 2018: Study designs, randomization, data aspects, and data analysis. *Behavior Research Methods*, 53(4), 1371-1384.
<https://doi.org/10.3758/s13428-020-01502-4>
- Tarlow, K. (2017). An improved rank correlation effect size statistic for single-case designs: Baseline corrected Tau. *Behavior Modification*, 41(4), 427-467.
<https://doi.org/10.1177/0145445516676750>
- Tate, R. L., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: introducing the Single-Case Experimental Design (SCED)

Scale. *Neuropsychological rehabilitation*, 18(4), 385–401.

<https://doi.org/10.1080/09602010802009201>

Tate, R. L., & Perdices, M. (2020). Research note: Single-case experimental designs.

Journal of Physiotherapy, 66(3), 202-206.

<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.004>

Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L., &

McDonald, S. (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 619–638.

<https://doi.org/10.1080/09602011.2013.824383>

Tiburcio, M., Lara, M.A., Martínez, N., Fernández, M. y Aguilar, A. (2018). Web-based intervention to reduce substance abuse and depression: A three arm randomized trial in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 53(13), 2220-2231. doi:

10.1080/10826084.2018.1467452

Ulloa-Flores, R. E., de la Peña-Olvera, F., & Nogales-Imaca, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, 34(5), 403-407.

Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Medicina Clinica*, 135(11), 507–511.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>

Vannest, K. J., & Ninci, J. (2015). Evaluating intervention effects in single-case research

designs. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 403-411.

<https://doi.org/10.1002/jcad.12038>

Vesely, S., & Klöckner, C. A. (2020). Social Desirability in Environmental Psychology Research: Three Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*, 11, 1395.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395>

Wang, Y. H., Li, J. -Q., Shi, J. -F., Que, J. -Y., Liu, J. -J., Lappin, J. M., . . . Qiao, Y. -L.

(2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25, 1487-1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>.

Weiss, B., & 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., Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Herren, J. A., Evans, S. C., Cheron, D. M., ...

& Langer, D. A. (2019). Testing robustness of child STEPs effects with children and adolescents: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, falta volumen, 1-14.

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.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>

Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61(7), 671-falta página final.

Weisz, J.R., & Kazdin, A.E. (Eds.) (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117.

<https://doi.org/10.1037/a0040360>

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132.

Weisz, J. R., Thurber, C. A., Sweeney, L., Proffitt, V. D., & LeGagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild-moderate child depression using primary and secondary enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703–707.

Weisz, J. R., Ugueto, A. M., Cheron, D. M., & 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. Lee, E. H., Ng, M. Y., Lau, N., Raftery-Helmer, J. N., & Mair, P. (2019). Efficient monitoring of treatment response during youth psychotherapy: Development and psychometrics of the behavior and feelings survey. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Advance online publication.
- Wickersham, A., Sugg, H., Epstein, S., Stewart, R., Ford, T., & 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>
- Wood, A. W., Dorais, S., Gutierrez, D., Moore, C. M., & Schmit, M. K. (2021). Advancing the counseling profession through contemporary quantitative approaches. *Journal of Counseling & Development*, 99(2), 156–166. <https://doi.org/10.1002/jcad.12363>
- 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*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Young, A. S., Arnold, L. E., Wolfson, H. L., & Fristad, M. A. (2017). Psychoeducational

psychotherapy and omega-3 supplementation improve co-occurring behavioral problems in youth with depression: Results from a pilot RCT. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 1025-1037.

Zhou, X., Cipriani, A., Zhang, Y., Cuijpers, P., Hetrick, S. E., Weisz, J. R., Pu, J., Giovane, C. D., Furukawa, T. A., Barth, J., Coghill, D., Leucht, S., Yang, L., Ravindran, A. V., ... Xie, P. (2017). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychological interventions, and their combination for depressive disorder in children and adolescents: protocol for a network meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), e016608. doi:10.1136/bmjopen-2017-016608

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 207–222. <https://doi.org/10.1002/wps.20217>

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., Cipriani, A., ... Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7), 581–601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)

Zuidersma, M., Riese, H., Snippe, E., Booij, S. H., Wichers, M., & Bos, E. H. (2020).

Single-subject research in psychiatry: Facts and fictions. *Frontiers in Psychiatry*,

11, 1174. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.539777>

Apéndice 1

Web of Science vía Clarivate Analytics, usando los siguientes términos:

#1 TS=(depression OR depressive disorder OR adjustment disorder OR depressive symptoms OR mood disorder OR distress OR hopelessness OR sadness OR affective disorder OR emotional illness)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#2 TS= (cognitive behav* therapy OR CBT OR psychotherapy OR cognitive therapy OR behav* therapy)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#3 TS=(child* OR school children OR preschool children)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#4 #3 AND #2 AND #1

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#5 TS=single case experimental design

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#6 #5 AND #4

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#7 TS=(RCT OR randomized controlled trial)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#8 TS=(school children OR preschool children)

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#9 #8 AND #2 AND #1

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

#10 #9 AND #7

Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI

Período de tiempo=Todos los años

MEDLINE vía Pubmed

Search (((psychotherapy[Tw]) OR CBT[tw]) OR cognitive therapy[tw]) OR cognitive behav* AND (((((((("Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Adjustment Disorders"[Mesh]) OR depressive symptoms[tw]) OR mood disorder[tw]) OR distress[tw]) OR sadness[tw]) OR hopelessness[tw]) OR affective disorder[tw]) OR emotional illness[tw])) AND (Clinical Trial[ptyp] AND (child, preschool[MeSH] OR child[MeSH:noexp])) Sort by: [pubsolr12]

CINAHL vía EBSCO

S9 S4 AND S7

S8 S4 AND S6

S7 TX single case experimental design

S6 (MH "Randomized Controlled Trials+") OR TX RCT

S5 (MH "Randomized Controlled Trials+")

S4 S1 AND S2

Narrow by SubjectAge: - child, preschool: 2-5 years Narrow by SubjectAge: - child: 6-12 years Search modes - Boolean/Phrase

S3 S1 AND S2

S2 ((MH "Cognitive Therapy") OR (MH "Behavior Therapy+")) OR TX cognitive
 behav* therapy OR TX CBT OR TX psychotherapy

S1 (MH "Depression") OR TX depressive disorder OR TX adjustment disorder OR TX
 depressive symptoms OR TX mood disorder OR TX hopelessness OR TX sadness OR TX
 affective disorder OR TX emotional illness

Cochrane vía OVID

1. depressive disorder.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
2. depression.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
3. emotional illness.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
4. affective disorder.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
5. sadness.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
6. hopelessness.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
7. mood disorder.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
8. depressive symptoms.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
9. adjustment disorders.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
10. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
11. CBT.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
12. cognitive behav* therapy.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
13. cognitive therapy.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]

14. psychotherapy.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
15. 11 or 12 or 13 or 14
16. child*.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
17. school child*.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
18. pre school child*.mp. [mp=title, original title, abstract, mesh headings, heading words, keyword]
19. 16 or 17 or 18
20. 10 and 15 and 19
21. limit 20 to randomized controlled trial
22. single case experimental design.mp.
23. 20 and 21 and 22
24. 20 and 22
25. 17 or 18
26. 10 and 15 and 25
27. limit 26 to randomized controlled trial
28. 22 and 26

PsycINFO vía OVID

1. exp Depression/
2. exp Depressive Disorder/
3. exp Adjustment Disorders/
4. depressive symptoms.mp.
5. exp Mood Disorders/
6. distress.mp.
7. hopelessness.mp.
8. sadness.mp.
9. affective disorder.mp.
10. emotional illness.mp.

11. exp Cognitive Therapy/
12. CBT.mp.
13. cognitive beha* therapy.mp.
14. exp Behavior Therapy/
15. exp Psychotherapy/
16. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10
17. 11 or 12 or 13 or 14 or 15
18. 16 and 17
19. limit 18 to (childhood and 100 childhood)
20. RCT.mp.
21. Random Control Trial.mp.
22. 20 or 21
23. single case experimental design.mp.
24. 19 and 22
25. 19 and 23