



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
DOCTORADO EN CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO
SALUDABLE

**“DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN TELEPSICOLÓGICA
COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE PSICOLOGÍA
POSITIVA ENFOCADA EN REGULACIÓN EMOCIONAL
PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO EN LA INFANCIA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTORA EN CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO
SALUDABLE**

PRESENTA:

MTRA. ALEJANDRA LIMA QUEZADA

DIRECTORA: DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTORA: DRA. FLOR DE MARÍA ERARI GIL BERNAL

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

DRA. IVETTE REYES HERNÁNDEZ

DR. SERGIO GALÁN CUEVAS



MTRA. OJUKI DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

El Comité Tutorial de la tesis titulada: "Diseño de una intervención telepsicológica cognitivo-conductual y de psicología positiva enfocada en regulación emocional para la prevención de trastornos del estado de ánimo en la infancia" realizada por la sustentante: Alejandra Lima Quezada, con número de cuenta 227408, estudiante del programa de posgrado de Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, una vez que se ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

El Comité Tutorial

DIRECTORA Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

CO – DIRECTORA Dra. Flor de María Erari Gil Bernal

ASESOR Dr. Rubén García Cruz

ASESORA Dra. Ivette Reyes Hernández

ASESOR Dr. Sergio Galán Cuevas

Este proyecto de Investigación se realizó con apoyo del Programa Nacional de Posgrados de CALIDAD (PNCP) y el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt), encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado “Diseño de una intervención telepsicológica cognitivo-conductual y de psicología positiva enfocada en regulación emocional para la prevención de trastornos del estado de ánimo en la infancia” con número de CVU: 929797, perteneciente al programa de Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Para Israel,

Te fuiste demasiado pronto y de una forma que aún no logro comprender. Aunque la lógica dicta una cosa, mi mente sabe que te has ido, pero mi corazón se niega a aceptarlo.

Escribí estas palabras guardando la esperanza de regresar a Atlixco y verte aparecer intacto y feliz, con esa sonrisa tuya tan característica, como si nada hubiera pasado. Hasta que nos volvamos a encontrar, esta tesis es mi manera de honrarte y recordarte.

Agradecimientos

A mis padres, Tere y Víctor, gracias por ser mis primeros y más importantes maestros. Ustedes me enseñaron que la honestidad, la perseverancia y la lealtad valen más que cualquier título. Este logro no es solo mío, es el fruto de su esfuerzo incansable, de su amor incondicional y de cada sacrificio que hicieron para verme crecer. Todo lo que soy y todo lo que aspiro a ser, se lo debo a ustedes. No existen las palabras suficientes para decirles cuanto estoy agradecido y lo mucho que los amo.

Gracias Víctor, por ser el espejo en el que siempre he querido reflejarme. Tu disciplina, tu carácter y responsabilidad son mi inspiración. Tenerte como ejemplo es un privilegio, tenerte como hermano es un regalo.

Gracias abuelita Tere por el cariño y el tiempo que me has dedicado a lo largo de mi vida. Valoro profundamente que hayas cuidado de mí. Reconozco tu fuerza y tu historia, y te agradezco por las lecciones que, a tu manera, me has enseñado. Hoy quiero compartirte este logro con el inmenso deseo de regresarte un poco de todo el afecto que me has dado.

Gracias Diana por ser mi constante en un mundo que siempre cambia. Por permanecer a mi lado en las buenas y sostenerme en las malas, sin importar la distancia. Gracias por tu amistad incondicional, deseo que nos siga durando mil siestas más.

Gracias a Alhelí por la motivación, por los entrenos, por las comidas llenas de risas y por hacer este camino desconocido mucho más ligero. Gracias por estar y ser parte de este gran logro.

A Yessi por caminar conmigo este doctorado. Gracias por dirigirme en la burocracia y, sobre todo, por transformar mi visión del mundo para crecer. Siempre te estaré agradecida por enseñarme que, incluso en el caos, existe la felicidad en la central.

A mis compañeros de doctorado, Gabriel, María Luisa y Zindy. Gracias por acompañarnos en este proceso, por el intercambio de ideas y por el apoyo mutuo que hizo posible llegar hasta aquí.

A mi directora, Dra. Andrómeda, por contagiarme su pasión por el conocimiento. Su dirección no solo dio forma a esta tesis, sino que definió el tipo de investigadora que aspiro a ser.

Al Dr. Rubén, por su inestimable apoyo y por tener siempre una palabra de aliento. Gracias por acompañarme en esta etapa; su guía y amistad han sido invaluableles.

Mi agradecimiento a los Doctores Flor, Sergio e Ivette, por la generosidad de su tiempo y conocimientos. Gracias por orientarme en los momentos decisivos y ayudarme a materializar estas ideas en una investigación concreta.

A mi alma mater, la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por haberme abierto sus puertas y brindarme los cimientos de mi vida profesional. Agradezco la excelencia académica, los valores inculcados y el espacio para el pensamiento crítico. Llevo conmigo no solo el conocimiento adquirido en sus aulas, sino también el compromiso de honrar su lema: 'Amor, Orden y Progreso', en cada paso de mi trayectoria futura.

Finalmente, a todas aquellas personas que han estado presentes a lo largo de este camino y que, de una forma u otra, han permitido que esta tesis sea hoy una realidad. Gracias por su apoyo, su paciencia y por contribuir a que este ciclo se cierre con éxito.

ÍNDICE

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: INFANCIA Y SALUD MENTAL.....	14
La tercera infancia y desarrollo socioemocional.....	14
Salud mental en la Infancia.....	16
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la Infancia	18
Comportamiento saludable en la Infancia	19
Familia y crianza en el desarrollo infantil.....	20
CAPÍTULO II: REGULACIÓN EMOCIONAL Y PROBLEMAS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA INFANCIA.....	22
Regulación emocional en la Infancia.....	22
Depresión infantil	24
Regulación emocional como factor de protección para la Depresión infantil	32
CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE PSICOLOGÍA POSITIVA UTILIZANDO TELEPSICOLOGÍA.....	34
Intervenciones Cognitivo-Conductual y de Psicología Positiva para la promoción de la Regulación Emocional y la prevención de la Depresión Infantil.....	34
Telemedicina	38
Telepsicología y tipos de intervenciones.....	42
Aspectos éticos y legales para el uso de las intervenciones telepsicológicas ...	43
Consideraciones para el desarrollo y aplicación de intervenciones telepsicológicas en la Infancia	44
Intervenciones telepsicológicas para la promoción de la Regulación Emocional.....	46
Intervenciones telepsicológicas para la prevención de la Depresión infantil.....	49
Intervenciones telepsicológicas para el entrenamiento a padres y familiares.....	53
JUSTIFICACIÓN	57

MÉTODO GENERAL.....	59
Planteamiento del problema	59
Objetivo general.....	60
Objetivos específicos	60
MÉTODO FASE I	62
Planteamiento del problema	62
Pregunta de investigación.....	62
Objetivo general.....	62
Objetivos específicos	63
Tipo de estudio y diseño	63
Variables.....	63
Participantes	64
Criterios de selección de la muestra	65
Instrumentos	65
Análisis de datos.....	66
Procedimiento.....	66
Consideraciones éticas	67
RESULTADOS FASE I.....	68
MÉTODO FASE II	85
Planteamiento del problema	85
Pregunta de investigación.....	86
Objetivo general.....	86
Objetivos específicos	86
Tipo de estudio	86
Variables.....	87
Hipótesis de trabajo	87

Participantes	88
Criterios de selección de la muestra	88
Instrumentos	89
Análisis de datos.....	89
Procedimiento.....	89
Consideraciones éticas.....	90
RESULTADOS FASE II.....	91
Diseño de una propuesta de intervención telepsicológica.....	92
Resultados estadísticos del método de jueceo de expertos	101
Resultados del diseño web de la intervención telepsicológica	104
MÉTODO FASE III	118
Planteamiento del problema	118
Pregunta de investigación.....	118
Objetivo general.....	119
Objetivos específicos	119
Tipo de diseño y alcance de la investigación	119
Variables.....	120
Hipótesis de trabajo	121
Participantes	121
Criterios de selección de la muestra	121
Instrumentos	122
Análisis de los datos	123
Procedimiento.....	124
Consideraciones éticas.....	125
RESULTADOS FASE III.....	127
Descripción de la muestra.....	127

Análisis de la confiabilidad de la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”	127
Análisis descriptivo e inferencial	132
Análisis cualitativo.....	142
Integración de datos cuantitativos y cualitativos.....	144
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	147
Limitaciones del Estudio	156
Recomendaciones	158
REFERENCIAS	160
ANEXOS	179

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Definición de las variables de la Fase I</i>	63
Tabla 2: <i>Grado académico y años de experiencia de los entrevistados</i>	68
Tabla 3: <i>Definición de las variables de la Fase II</i>	87
Tabla 4: <i>Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los niños</i>	92
Tabla 5: <i>Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los padres</i>	96
Tabla 6: <i>Coeficientes de la V de Aiken e intervalos de confianza por ítem</i>	102
Tabla 7: <i>Coeficientes de la V de Aiken e intervalos por dimensión</i>	103
Tabla 8: <i>Definición de las variables del estudio</i>	120
Tabla 9: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Facilidad de Uso y Claridad”</i>	132
Tabla 10: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Diseño y Materiales Visuales”</i>	133
Tabla 11: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Contenido y Actividades”</i>	134
Tabla 12: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Potencial para la Regulación Emocional”</i>	135
Tabla 13: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad”</i>	136
Tabla 14: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Sobre el Tiempo y Frecuencia de Uso”</i>	137
Tabla 15: <i>Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Recomendación e Importancia”</i>	138
Tabla 16: <i>Coeficientes de la V de Aiken e intervalos de confianza por ítem</i>	140
Tabla 17: <i>Modificaciones para la optimización del prototipo</i>	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de proceso consensual de generación de emociones de Gross (1998).....	23
Figura 2: Marco holístico eHealth Research Road Map (CeHRes) para el desarrollo de tecnologías de apoyo a la atención a la salud, propuesto por van Gemert-Pijnen y colaboradores (2011).....	41
Figura 3: Esquema general de la investigación.	61
Figura 4: Red de relación de las categorías obtenidas a partir de las respuestas en las entrevistas realizadas a las psicólogas, elaborada con el análisis del discurso en el software ATLAS.ti.	76
Figura 5: Mapa teórico de patogénesis de niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).....	79
Figura 6: Mapa teórico de patogénesis del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).....	80
Figura 7: Mapa teórico de fortalezas del niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006), desde la adaptación de Valencia y Ruíz-Elnecape (2013).	81
Figura 8: Mapa teórico de fortalezas del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006), desde la adaptación de Valencia y Ruíz-Elnecape (2013).82	
Figura 9: Mapa de alcance de metas del niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).....	83
Figura 10: Mapa de alcance de metas del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).....	84
Figura 11: Diagrama de flujo del procedimiento de la intervención familiar telepsicológica dentro de la página web.....	99
Figura 12: Preprototipo 1 de la página web donde se implementará la intervención familiar telepsicológica.....	100
Figura 13: Preprototipo 2 de la página web donde se implementará la intervención familiar telepsicológica.....	100
<i>Figura 14: Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica.</i>	105

Figura 15: Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica, sección descriptiva de las características.	105
Figura 16: Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica, sección descriptiva de las características.	106
Figura 17: Pantalla de registro de usuarios.	107
Figura 18: Continuación de pantalla de registro de usuarios.	107
Figura 19: <i>Interfaz del registro de usuarios infantiles</i>	108
Figura 20: Interfaz de aplicación de instrumento de tamizaje (CDI).	109
Figura 21: Interfaz de resultados del CDI.	109
Figura 22: Interfaz de evaluación complementaria mediante la escala PANAS. .	110
Figura 23: Interfaz de evaluación complementaria mediante el FFPI-C.	111
Figura 24: Interfaz configuración de perfil y avatar.	112
Figura 25: Interfaz de bienvenida personalizada de acuerdo al avatar seleccionado.	113
Figura 26: Interfaz de vista de misiones y progreso general.	114
Figura 27: Interfaz de las sesiones.	115
Figura 28: Interfaz de las evaluaciones por sesión.	116
Figura 29: Interfaz del diario virtual.	117
Figura 30: <i>Distribución de participantes por grado escolar</i>	127
Figura 31: <i>Dendograma del Análisis de Clúster Jerárquico de Variables (Reactivos)</i>	130

RESUMEN

La depresión infantil implica un problema de salud pública, que a menudo es subdiagnosticada y que esta población, presentan barreras para el acceso a un tratamiento especializado. En la literatura, se identifica a la desregulación emocional como un precursor transdiagnóstico, presente en los trastornos del estado de ánimo y comportamiento suicida en la infancia. Ante esta situación, la telepsicología apoyada de diversas tecnologías, surge como una propuesta que permite brindar estrategias prometedoras para garantizar el acceso universal a servicios de salud. No obstante, dentro del contexto mexicano, existe una carencia de intervenciones telepsicológicas autodirigidas para la promoción de la regulación emocional como estrategia preventiva de los trastornos del estado de ánimo en población infantil, que integren modelos basados en evidencia con un diseño centrado en el usuario.

Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo general validar una intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web, a partir de criterios de la validez de contenido, usabilidad y aceptabilidad para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Para ello, se empleó un diseño metodológico mixto de alcance descriptivo y transversal, compuesto de tres fases secuenciales. En la Fase I, se realizó la detección de necesidades de atención psicológica y los factores de riesgo mediante entrevista a expertos en el campo clínico infantil, analizadas con ATLAS.ti para la triangulación de la experiencia clínica con la literatura disponible, lo que permitió la construcción de mapas teóricos de patogénesis, fortalezas y alcance de metas para la sustentación del diseño de la intervención. En la Fase II, se diseñó la intervención basada en el marco CeHRes y se sometió a validación por jueces expertos, lo que permitió la creación del prototipo de la intervención mediante una página web. En la Fase III, el prototipo de la intervención fue sometido a evaluación de usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario en una muestra de usuarios finales, niños y niñas de entre 9 y 12 años de edad.

En la Fase I se identificó a la disfuncionalidad familiar y el déficit en regulación emocional como factores de riesgo para la depresión infantil, por lo que se decidió considerar a la regulación emocional como eje fundamental de la intervención. En la Fase II, la intervención obtuvo una validez de contenido robusto de acuerdo a la opinión de expertos. Por último, en la Fase III, los resultados cuantitativos evidenciaron consenso de

usabilidad y aceptabilidad sobresalientes, destacando la facilidad de uso y la diversión en la interacción con el prototipo. Mientras que, el análisis cualitativo corroboró la aceptabilidad de la modalidad breve y en línea de la intervención.

Se concluye que es factible traducir los principios clínicos complejos a un formato digital autodirigido y basado en la gamificación, sin perder la fidelidad terapéutica. El prototipo diseñado cumple con los criterios de pertinencia clínica, validez de contenido, usabilidad y aceptabilidad requeridos para una herramienta telepsicológica. La intervención se perfila como una estrategia de promoción y prevención, desde un modelo salutogénico, que puede ser escalable para el contexto educativo en México.

INTRODUCCIÓN

La salud mental en la infancia implica uno de los desafíos más importantes para la salud pública global en el siglo XXI. A nivel mundial, el 13% de la población de niños, niñas y adolescentes, padece algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad las principales causas de discapacidad (United Nations Children's Fund, 2021). En México, el panorama es muy similar, la evidencia sugiere que alrededor del 7% de población infantojuvenil presenta síntomas depresivos (Shamah-Levy et al., 2024), a menudo subdiagnosticada y no tratada debido a las barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud.

En este contexto, surge la regulación emocional como un elemento transdiagnóstico fundamental. La capacidad de un niño para identificar, monitorear, regular y expresar sus emociones no solo es considerada como un indicador de desarrollo psicológico saludable, sino un factor de protección fundamental que le permitirá afrontar de manera adaptativa las situaciones de crisis eventuales a lo largo de su vida.

La literatura científica reciente subraya que los déficits en la regulación emocional son factores de riesgo para la depresión infantil y el comportamiento suicida, lo que sitúa al entrenamiento en habilidades de regulación emocional como un elemento prioritario necesario en las intervenciones preventivas.

No obstante, los modelos tradicionales de intervención resultan insuficientes para cubrir la demanda existente dentro del sistema de salud. Al respecto, la revolución digital y la adopción de las tecnologías en proceso de atención a la salud han abierto una perspectiva que permite cubrir esta necesidad: la telepsicología. Desde este campo, se han desarrollado herramientas que permiten garantizar el acceso universal y equitativo de los servicios de salud, superando limitaciones geográficas y económicas. No obstante, el campo de la telepsicología dentro del contexto mexicano y específicamente en población infantil es limitado. Aunado al reto que implica desarrollar intervenciones que no solo sean accesibles, sino que estén diseñadas específicamente para las necesidades cognitivas, psicológicas y sociales de la población infantil.

Por lo que, la presente investigación pretende responder a este vacío, mediante el objetivo de diseñar y validar el prototipo de una intervención telepsicológica cognitivo-conductual para la regulación emocional como una estrategia de prevención de los trastornos del estado de ánimo, dirigida a niños de 9 a 12 años.

Para alcanzar este objetivo, se optó por un diseño metodológico mixto de alcance descriptivo y transversal, estructurado en tres fases secuenciales que garantizan la rigurosidad (Fase I: Detección de necesidades de atención psicológica y factores asociados a la depresión infantil; Fase II: Diseño y validación de la intervención telepsicológica; Fase III: Evaluación de la usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario).

Este documento se organiza en cinco apartados. El Capítulo I presenta una descripción de la tercera infancia, sus características psicoemocionales y su relevancia desde la salud pública en la promoción de la salud mental. El Capítulo II profundiza en los modelos explicativos de la regulación emocional y su relación con la depresión y el comportamiento suicida en la infancia. El Capítulo III analiza la evidencia científica sobre las intervenciones tradicionales y telepsicológicas para la regulación emocional y la depresión infantil, además presenta la metodología a emplear para el desarrollo de tecnologías dentro de la telepsicología. En el apartado de Método, se detalla el diseño mixto multifase, presentando la metodología, procedimientos, análisis de datos y resultados realizados en cada fase. Finalmente, el Capítulo IV presenta las discusiones generadas a partir de los hallazgos de esta investigación y los integra con la evidencia científica para culminar con las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para la futura implementación de este prototipo de la intervención telepsicológica en el contexto educativo.

CAPÍTULO I: INFANCIA Y SALUD MENTAL

La tercera infancia y desarrollo socioemocional

La tercera infancia que abarca desde los seis hasta los doce años de edad aproximadamente, es caracterizada por la inserción escolar que potencia el desarrollo cognitivo y social (Papalia et al., 2009). Esta etapa constituye una oportunidad neurobiológica y psicológica crucial para el aprendizaje explícito de habilidades de regulación emocional. La interacción de la maduración cerebral y la inserción en el mundo social de niños y niñas, crea el escenario idóneo para el diseño de intervenciones preventivas.

Para Sepúlveda y Capella (2015) el adecuado desarrollo psicológico durante la infancia se ve reflejado en un pensamiento lógico que le permite el reconocimiento objetivo de propia realidad, la solución de problemas de manera efectiva, la regulación emocional, el control de impulsos y la integración a su grupo social y su comunidad, con responsabilidad y conciencia moral.

Estas características son el resultado de la maduración del sistema nervioso central; el desarrollo cerebral en esta etapa es secuencial y depende de la interacción del individuo con el ambiente, no obstante, es condicionado por los antecedentes genéticos; el desarrollo físico, cognitivo y social de un individuo, durante esta etapa determina la maduración cerebral, prolongándose hasta la etapa adulta (Rosselli & Matute, 2010). Durante esta etapa, la estimulación del ambiente puede influir en la maduración y potenciar los aspectos positivos del menor (Cavalari et al., 2017)

Durante la infancia, el crecimiento físico se desacelera y el peso aumenta casi al doble. No obstante, el desarrollo cerebral es el más importante en este periodo de la vida, debido a que disminuye la densidad de la materia gris en la corteza cerebral y aumenta la densidad de la materia blanca, permitiendo la conexión entre las neuronas y las diferentes regiones del cerebro para el procesamiento y almacenamiento de la información; las conexiones comienzan en el lóbulo frontal hacia la parte posterior del cerebro, siendo esto fundamental para la adquisición del lenguaje, la comprensión espacial, la mejora de las habilidades sensitivas y la actividad motora (Papalia et al., 2009).

Asimismo, la plasticidad cerebral facilita la adquisición de nuevos conocimientos, aprendizajes y habilidades; las conexiones neuronales que se establecen del lóbulo frontal

con otras áreas del cerebro, favorece a la realización gradual de procesos cognitivos superiores como las funciones ejecutivas, el razonamiento y la atención (Rosselli & Matute, 2010), haciendo al niño cada vez más capaz de comprender y practicar de manera consciente estrategias para gestionar sus propios estados internos.

Estos procesos cognitivos comienzan su proceso de maduración en los últimos años de la infancia y se prolongan hasta la etapa adulta, los cambios más evidentes en la estructura cerebral son el engrosamiento cortical en los lóbulos temporal y frontal, el adelgazamiento en la parte trasera del lóbulo frontal y parietal del hemisferio izquierdo, y las conexiones del cuerpo calloso con los hemisferios del cerebro, lo cual se ve reflejado en la mejora de la inteligencia, el lenguaje, el pensamiento asociativo, la planeación y la organización de acciones (Papalia et al., 2009).

Durante este periodo, el niño suele estar involucrado en otras actividades familiares, escolares, extraescolares y sociales, lo cual le permite mejorar de manera progresiva su capacidad atencional, el manejo de la información a través de la memoria y monitorear su propio comportamiento (Papalia et al., 2009). Conforme madura el niño, es más consciente de sus emociones y sentimientos, por lo que le facilita ser empático y prosocial (Cavalari et al., 2017). Para Zelazo y Müller (2011) estos procesos cognitivos y conductuales se asocian a un adecuado funcionamiento ejecutivo de acuerdo a la etapa del desarrollo, por lo que se ve reflejado en el control de sus emociones, pensamientos y conductas, la solución de problemas y el alcance de logros. La maduración del cerebro no determinará el desempeño de las funciones ejecutivas, pues también dependerá en cierta medida de la estimulación cognitiva proveniente del ambiente familiar, escolar y social (Papalia et al., 2009).

El desarrollo físico y neurológico de un individuo en la fase de la infancia puede estar influenciado por tres aspectos importantes, el sueño, la nutrición y el ambiente; por lo tanto, es necesario que cuenten con una dieta variada y saludable que cubra con los requerimientos de los nutrientes básicos, el tiempo necesario para dormir de manera adecuada y un ambiente propicio para su desarrollo cognitivo y social, por lo tanto, los padres, cuidadores primarios y otros familiares o compañeros juegan un rol importante para los niños (Papalia et al., 2009; Sepúlveda & Capella, 2015).

Los niños en edad escolar comienzan a reconocer y modular sus propias emociones y la de los demás, son conscientes de las reglas sociales y culturales establecidas en su sociedad y de cómo pueden influir en su estado emocional, por lo tanto, durante esta etapa el entrenamiento en regulación emocional y afrontamiento es fundamental para la

adquisición de las habilidades de autocontrol y la empatía dirigidas a la promoción de la conducta prosocial (Cavalari et al., 2017; Papalia et al., 2009).

En consecuencia, la maduración neurocognitiva de esta etapa no solo permite que los niños comiencen a reconocer y modular sus emociones de forma natural, sino que los equipa con las habilidades cognitivas necesarias para beneficiarse de un entrenamiento estructurado. Por ello, esta etapa es fundamental para intervenciones que busquen promover habilidades de autocontrol y empatía, sentando las bases para un comportamiento prosocial y el bienestar.

Salud mental en la Infancia

La Organización Mundial de la Salud (2014) introdujo el concepto de salud para referirse al “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Dentro de este concepto se considera a la salud mental como un factor integral y un recurso fundamental que debe protegerse, por lo que es necesario realizar acciones de promoción de la salud dirigidas a las diferentes etapas del desarrollo con el objetivo de elevar los niveles de salud, además de implementar estrategias que disminuyan los factores de riesgo para trastornos mentales (Keyes, 2013).

Debido a que la etapa de la infancia resulta ser de vital importancia para el desarrollo humano y de la sociedad, se ha intentado proteger mediante acciones políticas y económicas, para garantizar el cuidado de sus derechos, siendo la salud física, la salud mental y la educación los tres ejes fundamentales para garantizar la salud integral y óptima de los niños (Bustos & Russo, 2018).

Específicamente, la salud mental es un concepto introducido por la Organización Mundial de la Salud para referirse al “estado completo de bienestar, donde el sujeto es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2013b, p.42).

El desarrollo humano en esta etapa puede verse alterado por la presencia de una psicopatología derivada de la interacción de diversos factores de riesgo, con los cambios en las exigencias del ambiente y la dificultad de adaptación y funcionamiento en el contexto, lo cual se refleja en comportamientos inapropiados de acuerdo al nivel de desarrollo del

niño (Sepúlveda & Capella, 2015). Se distinguen tres niveles de psicopatología infantil: 1) variaciones normales del comportamiento que se encuentran dentro de lo esperado para la etapa del desarrollo, sin embargo la psicopatología es el resultado de prolongación en intensidad o en el tiempo, 2) existen eventos que desencadenan cuadros reactivos que desbordan la capacidad de afrontamiento del niño, 3) la presencia de un trastorno genera un desequilibrio en las diversas áreas del desarrollo (Sepúlveda & Capella, 2015).

Al respecto, se ha identificado los factores de protección como la presencia de padres y adultos que brindan apoyo, estilos de crianza democráticos y positivos, redes de apoyo familiar y social, adecuadas relaciones con los compañeros de la escuela y ambientes que promuevan un desarrollo sano, en conjunto con factores individuales como autoestima positiva, habilidades sociales, regulación emocional, resiliencia, habilidades de afrontamiento y solución de problemas, conductas saludables como alimentación sana, ejercicio e higiene del sueño son algunos factores de protección para la salud mental y el bienestar (Allen et al., 2014; Y. Chen et al., 2025; Gladstone et al., 2011; Valencia et al., 2018).

Para Bustos y Russo (2018) la salud mental en la infancia está siendo condicionada por las caceristas actuales la sociedad, factores políticos, económicos y socioculturales, en combinación con otros factores proximales ponen en amenaza el desarrollo integral de los niños, además, consideran que los trastornos mentales en la infancia son un síntoma de las problemáticas presentes entre la sociedad y para disminuirlos se deben emplear estrategias de desarrollo psicoemocional temprano.

La evidencia derivada de estudios prospectivos subraya la importancia crítica de las experiencias en la infancia para la salud mental a largo plazo. Por ejemplo, las experiencias adversas, y en particular la negligencia emocional, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar resultados transdiagnósticos negativos como depresión, ansiedad y psicosis en la adultez temprana (Y. Chen et al., 2025).

La Organización Mundial de la Salud (2013a) implementó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, como un respuesta integral con el objetivo de disminuir las tasas de prevalencia de trastornos mentales y suicidio en el mundo, fomentar el bienestar proporcionando atención específica, disminuir la discapacidad promover la recuperación e integración de las personas con trastornos mentales, priorizando la atención a grupos de población que resulten vulnerables como adultos mayores, mujeres, personas en situación de pobreza o guerra y los niños. En cuanto a la atención a niños, desde 1946 la

Organización Mundial de la Salud estableció en el Acta de Constitución que era de vital importancia organizar esfuerzos para el desarrollo saludable del niño en sus diversas esferas (Organización Mundial de la Salud, 2014a).

A pesar de los esfuerzos, el panorama epidemiológico de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia antes de la pandemia derivada por la COVID-19, reflejaba que uno de cada cinco niño/adolescente en el mundo padecía un trastorno mental y se estimaba que los primeros síntomas iniciaban antes de los 14 años de edad, a causa de la exposición a adversidades de la vida desde los primeros años (Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2013a, 2019a), esto aunado a la gran brecha de atención a la salud mental, dado que en países de ingresos bajos y medios como México, entre el 75 y 85% de personas con trastornos mentales no recibe atención especializada (Organización Mundial de la Salud, 2019b). En el caso de niños, la atención se suele brindar hasta que los síntomas son moderados o severos, o bien hasta la etapa adulta.

Durante la pandemia de COVID-19, incrementó la preocupación por la salud mental en el mundo, debido a que evidenció que una gran parte de la población mundial presentaba síntomas de trastornos mentales. Los niños y adolescentes fueron los grupos poblacionales más afectados, principalmente por la dificultad para acceder a los servicios de salud y educación de calidad, la disminución de actividades sociales, deportivas y recreativas, lo cual afecta directamente en su desarrollo físico, emocional y social; además de otras problemáticas como la muerte de un familiar directo, abuso físico, emocional o sexual, pobreza o familias desintegradas, factores de riesgo que tienen una repercusión negativa en la salud mental de los niños (United Nations Children's Fund, 2021).

Se estimó que en 2020, la población mundial de niños y adolescentes entre 10 y 19 años ascendía a 1.2 billones, de los cuales, alrededor del 13% presenta los criterios diagnósticos para un trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad las problemáticas más frecuentes (United Nations Children's Fund, 2021).

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la Infancia

La Organización Mundial de la Salud dentro de la Carta de Ottawa define a la Promoción de la salud como el “proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades, y las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas,

con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva” (Organización Mundial de la Salud, 1986). Dentro de estas acciones, se incluyen aquellas que estén dirigidas para optimizar las posibilidades de las personas de experimentar una mejor salud mental. Mientras que la prevención de la enfermedad, se refiere a todas las acciones encaminadas para la reducción de la incidencia, prevalencia y recurrencia de la enfermedad (Jiménez & Navarrete, 2018).

La intervención temprana realizada mediante los programas de vigilancia y promoción de la salud infantil, los cuales tienen como objetivo prevenir enfermedades, detectar anomalías físicas y del desarrollo, y promover un adecuado desarrollo que impacte positivamente en la salud, pueden cambiar el curso de vida de aquellos niños que se encuentren en situaciones desfavorecidas. El reto de los programas de promoción de la salud infantil radica en la dificultad para involucrar a las familias, sobre todo en aquellos casos donde los padres o cuidadores no aceptan los servicios que se les ofrecen, debido a cuestiones como falta de tiempo, el gasto económico que implica la atención, problemas de actitud, barreras étnicas, culturales y/o lingüísticas, desinformación, etc., lo que dificulta el rastreo de los niños que requieran la atención (Blair & Hall, 2006).

La creciente incidencia de los trastornos mentales entre niños y adolescentes se ha convertido en un desafío global significativo. Para enfrentar esta problemática, es esencial centrarse en las estrategias de promoción y prevención de la salud mental promovida dentro de los entornos en los que los niños se desarrollan, principalmente el ámbito familiar y escolar (O'Reilly et al., 2018).

Comportamiento saludable en la Infancia

Desde los sistemas de salud pública y otros sectores, se debe fomentar el comportamiento saludable desde la infancia, como un elemento fundamental para garantizar un crecimiento integral de los individuos. Las experiencias tempranas tienen un impacto significativo en la formación de hábitos saludables que pueden perdurar hasta la etapa adulta e impactar en el estado físico y mental del individuo, atenuando considerablemente a las tasas de incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y problemas de salud mental (Adamo et al., 2014).

Los padres pueden iniciar y promover los hábitos saludables en los niños a través de diferentes prácticas parentales, como establecer límites, modelar comportamientos saludables y enseñar al niño habilidades de autorregulación, para disminuir la probabilidad

de conductas adictivas o impulsivas. El entorno familiar es fundamental para la promoción de hábitos saludables, implementando rutinas y actividades que mejoren la condición de salud, la toma de decisiones saludables en conjunto y la enseñanza de prácticas saludables (Baker et al., 2019).

Familia y crianza en el desarrollo infantil

Sin duda, como se ha descrito anteriormente, los padres y la familia juegan un rol importante en el desarrollo físico, mental y social de un niño, esto debido a que, son quienes inicialmente son los primeros encargados de su cuidado y atención. La familia constituye el primer entorno primordial en que los niños comienzan a formar su personalidad, habilidades, destrezas, valores y otros aspectos que influyen en su comportamiento. Por lo tanto, la crianza es un elemento fundamental a analizar, dado que influye en la creación de un vínculo afectivo que puede determinar el bienestar emocional y psicológico de los niños.

Las prácticas parentales democráticas pueden tener un efecto protector sobre los problemas familiares y el ajuste psicológico de los niños, por el contrario, un estilo antidemocrático, como las prácticas permisivas, sobreprotectoras o autoritarias pueden conducir a problemas de internalización y externalización en los niños, disminuyendo los comportamiento prosociales (Flujas-Contreras et al., 2021).

Por otra parte, la flexibilidad psicológica en la crianza es definida como el uso de estrategias de atención plena, para permitir a los padres redirigir su atención a las necesidades e interacción con sus hijos (Duncan et al., 2009).

Ahora bien, estrés o la inflexibilidad psicológica en los padres los cuales están asociados a las prácticas de crianza, pueden incitar a los problemas de conducta infantil, dado que ocasionan una respuesta de evitación por parte de los padres a las situaciones de confrontación, dejando de lado los pensamientos, emociones, y conductas que pueden causar malestar en el niño (Flujas-Contreras et al., 2021).

La autoeficacia en la realización de prácticas parentales percibida por los padres es un factor que puede determinar la mejora de la crianza y, por consiguiente, disminuir los síntomas depresivos en los niños. Para construir el concepto de la autoeficacia en los padres, los autores retoman la teoría cognitiva social de Bandura, en donde se define la autoeficacia como la percepción propia de la confianza en su capacidad para realizar acciones que permitan el logro de resultados deseados de manera exitosa; en ese sentido,

la autoeficacia relacionada con las prácticas parentales es el resultado de la suma entre los conocimientos que tiene el padre o la madre para el cuidado y la crianza, con la percepción de la capacidad para realizar esas prácticas de manera adecuada y la creencia de que sus acciones están siendo correctas para cubrir las necesidades de su hijo (Nicolas et al., 2020).

Una adecuada flexibilidad cognitiva y la percepción de autoeficacia en los padres, mejora la capacidad de regular emociones, promueve el bienestar, mejora las prácticas de crianza y la interacción con los hijos (Flujas-Contreras et al., 2021).

Generalmente, los programas de capacitación para padres tienen como objetivo mejorar las habilidades parentales que promuevan un estilo de crianza positivo (Flujas-Contreras et al., 2021). La crianza efectiva y positiva mitiga los riesgos de desarrollar problemas de conducta, promueve un desarrollo social saludable, mejora la dinámica y comunicación familiar.

CAPÍTULO II: REGULACIÓN EMOCIONAL Y PROBLEMAS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LA INFANCIA

Regulación emocional en la Infancia

Las emociones forman parte de la vida cotidiana, permitiendo a los seres humanos no solo experimentar sus propias emociones, sino también comprender las de los demás. Tanto las emociones positivas como las negativas, determinan la percepción, el aprendizaje, el razonamiento, la reflexión y las relaciones interpersonales de las personas (Pennequin et al., 2020).

Desde la perspectiva cognitiva, se argumenta que las emociones se originan en las regiones neocorticales del cerebro y representan una manifestación cognitiva de los procesos corporales y comportamientos, en interacción con ciertos eventos y contextos sociales, mientras que desde la perspectiva constructiva, se entiende que las emociones tienen su origen en la naturaleza psicológica o social y que moldean cómo se interpreta y experimenta el mundo emocional (Baez et al., 2017). Las emociones son el resultado de una interacción de aspectos psicológicos y fisiológicos, que constituyen reacciones involuntarias y adaptativas influenciadas por la experiencia, las cuales son activadas por situaciones, objetos o estímulos externos, ocasionando cambios en el comportamiento y la fisiología de la persona (Domic-Siede et al., 2024).

La regulación emocional comprende los procesos que las personas utilizan para manejar sus estados emocionales, con el fin de alcanzar objetivos personales y adaptarse a su entorno. Esto implica supervisar, evaluar y ajustar tanto las reacciones emocionales internas, vinculadas a la experiencia personal, como las externas, relacionadas con la expresión. La regulación emocional implica modular la calidad, intensidad, sincronización y características de la expresión emocional, incluso inhibir o atenuar una excitación emocional que no sea adecuada al contexto (Thompson, 1994).

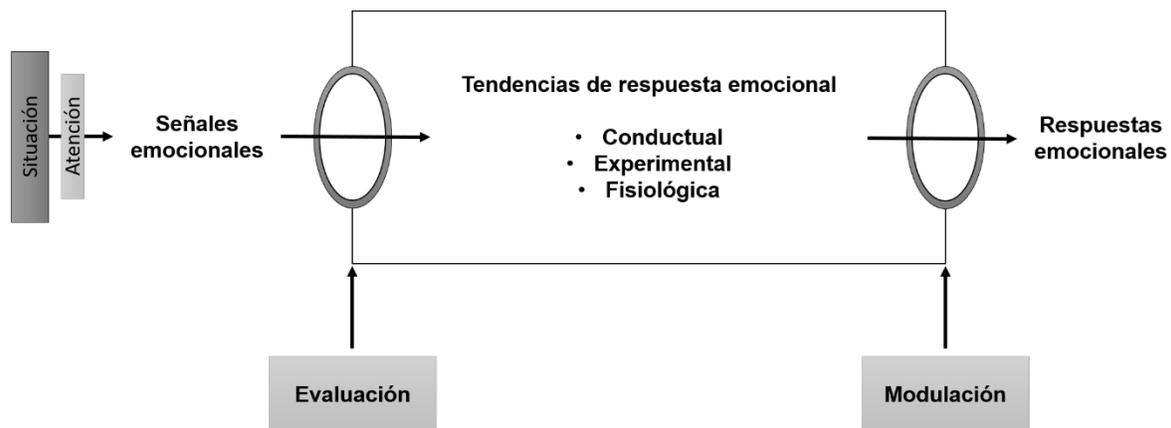
De acuerdo con el modelo de Gross, la regulación de las emociones implica aquellos procesos mediante los cuales la persona influye en qué emociones tiene, cuándo la tiene, cómo la experimenta y cómo la expresa (Gross, 1998, 1999, 2015). El modelo de proceso consensual de generación de emociones, propuesto por Gross (1998) pretende explicar cómo se generan y regulan las emociones (ver Figura 1). Desde esta teoría se pretende explicar que las emociones son el resultado de un proceso que consta de las etapas: situación, atención, evaluación cognitiva, generación de respuesta y modulación de la

emoción. La situación implica el encuentro con un estímulo interno o externo que desencadena una respuesta emocional. Una vez que la situación ha sido percibida, se le dirige la atención a ella captando las señales emocionales, brindando mayor atención a los aspectos de la situación que destacan. Posteriormente, se realiza una evaluación cognitiva de la situación, interpretando las señales emocionales, evaluando su relevancia de acuerdo a los objetivos y valores personales, lo que determinará la naturaleza e intensidad de la respuesta emocional. Basada en la evaluación cognitiva, se generan respuestas emocionales, que ocasionan cambios fisiológicos, expresiones faciales, pensamientos y conductas, respuestas que pueden ser automáticas o controladas. Por último, una vez que se ha generado la respuesta emocional, si el individuo cuenta con las habilidades necesarias, iniciará el proceso de regulación emocional, que puede implicar estrategias de modulación para cambiar la experiencia emocional. Desde este modelo, se considera que existe una interacción dinámica entre los procesos cognitivos y emocionales en la generación y regulación de las emociones, las cuales pueden ser influenciadas por factores internos (creencias o valores) o externos (contexto social y cultural) (Gross, 1999, 2015).

Figura 1

Modelo de proceso consensual de generación de emociones de Gross (1998).

Elaboración propia.



En una aproximación teórica y conceptual sobre la regulación emocional, se acepta que su función es la evitación, mantenimiento, transformación, inhibición o intensificación de las emociones tanto positivas como negativas, todo dependerá de los objetivos del individuo (Pascual & Conejero, 2019).

La regulación emocional actúa como un factor de protección debido a que interviene en varios procesos cognitivos y sociales del individuo. Por ejemplo, potencia la capacidad

metacognitiva, la toma de decisiones y la solución de problemas, además, mejora la habilidad para interactuar con los demás. Aumenta la autoconfianza y la autoeficacia, lo que a su vez mejora las habilidades de afrontamiento (Pennequin et al., 2020).

Depresión infantil

El trastorno depresivo mayor también es conocido comúnmente como depresión y se caracteriza por la presencia de sentimientos como tristeza, culpa e irritabilidad, ineficacia, anhedonia, pérdida del interés, baja autoestima, fatiga, alteraciones en los ciclos del sueño, problemas de hábitos alimenticios y problemas de conducta (Organización Mundial de la Salud, 2023). Para ser considerado como un episodio depresivo, los síntomas deben estar presentes por lo menos durante dos semanas, en la mayor parte del día, generando un malestar clínicamente significativo, alterando de manera considerable el funcionamiento de la persona dentro de las áreas social, familiar, ocupacional y otras áreas importantes en las que se desempeña (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La depresión es una de las principales causas de morbilidad y discapacidad, se asocia con el sufrimiento emocional y el deterioro de la salud física; su tratamiento suele implicar un costo económico y social muy alto, en muchas ocasiones, por diferentes motivos las personas no pueden acceder a los servicios de salud para un diagnóstico y tratamiento, por lo tanto se considera como un problema de salud pública que requiere de mayor atención (Santoft et al., 2019).

Criterios diagnósticos desde el DSM

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, en su quinta versión (DSM-V), el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica y el trastorno depresivo no especificado, forman parte de la clasificación de los trastornos depresivos. En la mayoría de estos trastornos están presentes los síntomas como estado de ánimo triste, vacío o irritabilidad, cambios físicos y cognitivos que alteran el funcionamiento del individuo y algunas de las características que permiten identificar la diferencia entre los trastornos son la duración y la etiología (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los criterios establecidos en el DSM-V para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor son (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Los criterios diagnósticos deben de estar presentes día con día y la mayor parte del tiempo, a excepción de la pérdida de peso y la ideación suicida, los síntomas más frecuentes son el estado de ánimo negativo, la pérdida del placer, el insomnio y la fatiga, por lo que el episodio depresivo causará un malestar clínicamente significativo y/o una alteración del funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes para el individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Etiología de la depresión infantil

La depresión es un fenómeno multicausal, sin embargo, hay evidencia de que la exposición a factores de riesgo, en conjunto con las adversidades desde las primeras etapas de la vida aumenta las probabilidades de experimentar episodios depresivos. Las condiciones de un niño se ven determinadas por el contexto de los padres y éste influye en su estado emocional y en su comportamiento (Allen et al., 2014).

El estado mental de los padres, los estilos de crianza y las condiciones familiares influyen directamente en el desarrollo físico y emocional de un niño; padres agresivos, abusivos, distante o negligentes, inestabilidad en la estructura familiar como el divorcio o la separación familiar pueden ser factores desencadenantes para problemas de conducta y depresión en el niño, provocando una deficiente respuesta biológica y emocional (Bell et al., 2013; Perales et al., 2017; Repetti et al., 2002). Cuando los padres presentan afectaciones en su salud mental, suelen tener un déficit en el autocuidado y en las prácticas parentales, lo que repercute en el cuidado físico y emocional que le brindan a su hijo, lo que impide que se cubran todas sus necesidades (Melchior, 2019).

Los estilos de crianza y las habilidades parentales desempeñan un rol muy importante en la interacción entre los padres y los hijos, específicamente, los padres deben brindarles apoyo y estimulación para su desarrollo; Nicolas y colaboradores (2020) mencionan que en muchas ocasiones los padres se perciben ineficaces para manejar la relación con sus hijos, lo cual se asocia con la presencia de síntomas internalizados en ambos.

Epidemiología

El panorama epidemiológico mundial, se estima que el 13% de 1.2 billones de niños y adolescente de entre 10 y 19 años viven con un trastorno mental, del cual el 42.9% es depresión y/o ansiedad (United Nations Children's Fund, 2021).

En México durante el 2017, el 15% de los niños encuestados de 7 a 14 años reportaron haber experimentado sentimientos de depresión en el último año (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018). En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19, el 10.8% de niños y adolescentes encuestados de entre 10 y 19 años, presentaron sintomatología moderada a severa de depresión, mientras que el 3.7% presentaba diagnóstico de depresión, de los cuales el 46.1% había recibido tratamiento por lo menos una vez desde que presentaron los síntomas (Shamah-Levy et al., 2020). Mientras que en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023, el 7% de niños y adolescentes encuestados de entre 10 y 19 años, presentaron sintomatología moderada a severa de depresión (Shamah-Levy et al., 2024).

En una muestra de estudiantes preadolescentes y adolescentes mexicanos, se encontró que el 8.2% cumplían con los criterios para ser diagnosticados para el trastorno depresivo mayor (González-Forteza et al., 2008).

Sintomatología depresiva en la Infancia

La depresión está presente en cualquier etapa de la vida, no obstante, se omite que es común en los años previos a la adolescencia y que podría estar afectando alrededor del 2% de los niños en edad escolar, siendo un factor de riesgo para desarrollar otros trastornos psiquiátricos en la etapa adulta, como trastornos de la conducta, de ansiedad y de consumo de sustancias, además de otras comorbilidades y problemas de salud (Forti-Buratti et al., 2016). A diferencia de los adultos, los síntomas depresivos en los niños suelen pasar desapercibidos por el personal de salud, debido a que se presentan de manera atípica, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento (Zhou et al., 2017).

Entre la infancia y la transición hacia la adolescencia, existe un desarrollo de habilidades cognitivas y sociales que al realizarse de manera adecuada, propia a la expansión de respuestas reguladoras y disminución de respuestas desadaptativas, sin embargo, es posible que un niño con síntomas depresivos pueda mantener respuestas desadaptativas a la tristeza, manteniendo y exacerbando los episodios depresivos y el comportamiento suicida (Kovacs et al., 2019).

Los trastornos depresivos en los niños se expresan en diferentes conductas disfuncionales (R. García, 2015), como dificultades para la regulación emocional principalmente la tristeza, retraimiento social, dificultad para entretenerse o divertirse, irritabilidad o agresividad, sentimientos de rechazo, culpa o fracaso, baja autoestima, pobre rendimiento escolar, trastornos del sueño o alimentación y dolores en diferentes partes del cuerpo sin explicación médica (Sepúlveda & Capella, 2015). Asimismo, se asocian a otras problemáticas como bajo rendimiento escolar, dificultades en la interacción social, abuso de sustancias, riesgo suicida y la comorbilidad con otros trastornos mentales como ansiedad (Forti-Buratti et al., 2016; Yuan et al., 2018).

En el metaanálisis realizado por Goodall y colaboradores (2018) la depresión es la principal causa de discapacidad entre la población general, sin embargo, en las personas de 12 a 25 años se asocia con el deterioro educativo y social, la ideación suicida y la consumación del suicidio. Además, en la población pediátrica se reporta una alta tasa de 34 a 75% de recaída entre los cinco años de seguimiento.

Ideación suicida

El suicidio es un fenómeno multicausal donde convergen factores biológicos, psicológicos y sociales. A pesar de los numerosos estudios y la introducción de políticas públicas destinadas para la prevención y la disminución de las tasas de suicidio en el mundo, este fenómeno sigue siendo considerado como un problema de Salud Pública (Pu et al., 2017). Al respecto, se ha identificado que tanto la depresión como el comportamiento suicida alteran el funcionamiento normal del cerebro, ocasionando déficits cognitivos que disminuyen la capacidad de respuesta del individuo ante eventos cotidianos y estresores.

El concepto de ideación suicida se refiere a pensamientos o ideas hacia la propia muerte, se abarca desde la contemplación, los deseos y las preocupaciones con respecto a la muerte y el suicidio. Las ideas de muerte varían en intensidad, duración y carácter, por lo que la magnitud y sus características fluctúan de acuerdo a las condiciones en las que se encuentra el individuo. La ideación suicida se clasifica en activa o pasiva (Harmer et al., 2022).

La ideación suicida activa se relaciona con experimentar pensamientos actuales y específicos, hay un deseo consciente de infligir conductas autolesivas y que la muerte ocurra como consecuencia, por lo tanto, hay una expectativa del individuo de que los intentos podrían producir un desenlace fatal. En este sentido, se debe indagar sobre si la persona pensó recientemente en suicidarse, si quiso hacer algo para quitarse la vida, con qué frecuencia y si en el momento desea suicidarse. En cuanto a la ideación suicida pasiva se refiere al deseo general de morir, pero no hay plan claro de autolesión letal para suicidarse (Harmer et al., 2022).

Etiología de la ideación suicida

Existen diversos factores asociados a la presencia de ideación suicida, sin embargo, la presencia de uno o varios de estos factores pueden predecir si una persona terminará con su vida por suicidio; existe una interacción entre las ideas suicidas con factores psicológicos, biológicos, sociales, ambientales y culturales (Harmer et al., 2022). La evidencia científica disponible indica que el comportamiento suicida es el resultado de la interacción entre los factores de vulnerabilidad y eventos estresantes; entre los factores de vulnerabilidad se encuentra la depresión como el principal factor de riesgo (Roca et al., 2019).

En el modelo Transaccional del desarrollo del comportamiento suicida en población infante-juvenil, se expone que la exposición a factores de riesgo como el abuso, la violencia, trastornos mentales en los padres y antecedentes familiares de suicidio, pueden determinar la aparición del comportamiento suicida durante la infancia, de igual manera, se considera que la vulnerabilidad aumenta a causa de dos factores 1) la presencia de un trastorno psiquiátrico como la depresión y 2) la tendencia a la agresión impulsiva, lo cual se asocia al desempeño cognitivo de la corteza prefrontal del cerebro, lo que resulta en un pobre funcionamiento ejecutivo. La combinación de estos factores, sin atención especializada, la presencia de eventos estresores y el acceso los agentes letales, aumentan la probabilidad de realizar intentos suicidas o consumir el suicidio (Bridge et al., 2006).

El suicidio y el comportamiento suicida es elevado en personas con trastornos del estado de ánimo, psicóticos y de abuso de sustancias, uno de los factores que puede estar asociado a estos problemas de salud mental es el maltrato durante la infancia; en estudios realizados en adultos con antecedentes de maltrato durante la infancia (se considera maltrato el abuso físico, emocional y sexual, y la negligencia física y emocional) se identificó que presentan déficits neurocognitivos hasta la adultez, además, de que aumenta la probabilidad el riesgo de comportamiento suicida y de trastornos mentales (Zelazny et al., 2019).

Epidemiología

A nivel mundial alrededor de 800,000 personas se suicidan al año, no obstante, las estadísticas del comportamiento suicida y la ideación suicida son mayores; el suicidio es una de las principales causas de muerte entre personas de 15 a 29 años y las tasas de suicidio están aumentando en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2014b, 2023). El suicidio es frecuente en países de ingresos medios y bajos, debido a la falta de atención y otras barreras como la pobreza, la falta de educación y los inadecuados servicios de salud; específicamente en México la tasa de suicidio es de 8,2 por cada 100,000 habitantes (Harmer et al., 2022).

En el mundo se registran 45,800 casos de suicidio año entre niños y adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales 10,200 casos se registran en niños de 10 a 14 años, estas cifras colocan al suicidio dentro de las primeras causas de muerte en este rango de edad (United Nations Children's Fund, 2021). En México, en 2020 se registraron 278 casos de

suicidio en el grupo de edad de 10 a 14 años, siendo hasta ahora, el año con mayor número de casos desde 2010 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Con respecto a la sintomatología depresiva, en una muestra de mexicanos encuestados se identificó que 48.8% reportaban ideación suicida y el 65.2% de esta submuestra cumplían con los criterios necesarios para ser diagnosticados con algún trastorno mental, principalmente los trastornos del estado del ánimo (Borges et al., 2017). En un estudio internacional, se reportó que el 12.86% de mexicanos encuestados presentaron un diagnóstico depresivo y el 4.57% presentó indicadores de ideación suicida (Cabello et al., 2019).

En el estudio realizado por Chavez-Hernandez y colaboradores (2018) se reportó que el 36% de la muestra presentó ideación suicida, el 28% había pensado en quitarse la vida pero no lo haría y el 8% había pensado en suicidarse.

En una muestra de 127 niños hidalguenses de entre 9 y 12 años de edad, el 24.4% reportó presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al reactivo del Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, además presentaron una sintomatología moderada o severa de depresión (Lima, 2021).

Ideación suicida en la infancia

Existe poca evidencia del comportamiento suicida en niños menores de 14 años, generalmente los estudios son realizados en adolescentes de 15 años en adelante, debido a que es una de las principales causas de muerte en este grupo etario, sin embargo, el fenómeno suicida en la infancia es real (Mosquera, 2016).

Se ha identificado que los niños con depresión suelen tener ideación suicida y se asocia a la exposición de eventos traumáticos o adversidades de la vida (Benjet et al., 2018; Nock et al., 2013; X. Yang et al., 2019). La patología en los padres, el abuso y el maltrato, muerte o divorcio parental, violencia familiar y escolar, exposición a desastres naturales o guerras son algunos de los eventos que pueden predecir el comportamiento suicida (Coêlho et al., 2016).

Los niños con ideación suicida y depresión suelen presentar conductas impulsivas o agresivas, afecto negativo, sentimientos de desesperanza o culpa, déficits en habilidades sociales y solución de problemas, problemas de conducta, malestares físicos, síntomas de estrés y ansiedad, malos hábitos alimenticios y de sueño, interacción negativa con sus

familiares, violencia entre pares, ausentismo y fracaso escolar (Borges et al., 2012, 2017; Cabello et al., 2019; Elsayed et al., 2019; Lopez-Castroman et al., 2015; Mosquera, 2016; X. Yang et al., 2019). El ausentismo escolar es uno de los comportamientos más frecuentes entre los niños y adolescentes con depresión e ideación suicida (Epstein et al., 2020).

Al respecto, el Modelo de Cascada Emocional expuesto por Selby y colaboradores (2008), el cual explica el mecanismo de la desregulación emocional, la cual conduce a conductas desadaptativas graves. El modelo parte de la pregunta central: ¿por qué los individuos cuando experimentan angustia emocional realizan comportamientos perjudiciales para su salud, en lugar de realizar conductas de afrontamiento adaptativas?, su respuesta no se enfoca en el afecto negativo como única causa, por lo que centra a la rumiación como un elemento mediador fundamental. Por lo tanto, se entiende que es un ciclo de retroalimentación entre el afecto negativo y la rumiación.

La rumiación implica un pensamiento repetitivo sobre la propia experiencia emocional, que surge como un intento de resolución de problemas, y que al ser usada de manera continua amplifica e intensifica el efecto negativo, desencadenando más rumiación. Para los autores, este ciclo repetitivo es denominado “cascada emocional”, donde el estado de malestar se magnifica rápidamente hasta volverse intolerable para la persona, lo que la conduce a realizar conductas adversas como un mecanismo de distracción, generando un alivio temporal lo que refuerza la conducta y la vuelve habitual (Selby et al., 2008). No obstante, el alivio es temporal pero el riesgo es elevado dado que mantiene las conductas desadaptativas, como pueden ser las conductas autolesivas o el comportamiento suicida.

En ese sentido, este modelo fue considerado como marco referencial de un estudio empírico transversal en adolescentes chinos, donde se demostró que las dificultades en la regulación emocional y la rumiación aumentan la severidad de las conductas autolesivas y agravar los síntomas depresivos. Los hallazgos demuestran que el mecanismo de cascada emocional es una vía que genera dificultades en la regulación de emociones, que al asociarse con la rumiación ocasiona comportamientos de riesgo (Xu et al., 2025).

Regulación emocional como factor de protección para la Depresión infantil

La evidencia sugiere que la regulación emocional puede ayudar en el tratamiento transdiagnósticos, dado que sustenta una amplia variedad de trastornos de salud mental, por lo que predice niveles posteriores de psicopatología. En ese sentido, aumenta el interés en promoción de la regulación emocional como objetivo de las intervenciones en sus

diferentes niveles de prevención, debido a que se ha observado que en diferentes trastornos mentales que está presente la dificultad para la regulación emocional (Moltrecht, Patalay, et al., 2021).

En cuanto a la infancia, la regulación emocional es un constructo central de la salud mental. La evidencia científica relaciona una pobre capacidad de regulación emocional con resultados adversos posteriores, por ejemplo, dificultades en la interacción con los pares o el incremento de síntomas depresivos o ansiosos. De ahí la importancia de equipar a los niños mediante el entrenamiento en regulación emocional durante los primeros años de vida para reducir la prevalencia de problemas de salud mental a nivel poblacional (Berkowitz et al., 2025).

Modular o reducir las emociones negativas, especialmente la tristeza, es crucial ya que la persistencia de emociones negativas puede probar la aparición de los trastornos mentales como la depresión, es entonces, cuando la regulación emocional se considera como un factor de protección. Si bien la tristeza es una emoción básica que surge como respuesta a los acontecimientos negativos de la vida, cuando esta emoción se expresa de manera intensa, es recurrente y la persona no tiene la capacidad para regularla, es cuando se requiere del apoyo psicológico para disminuir el impacto psicológico negativo (Zaid et al., 2021).

El desarrollo de habilidades de regulación emocional no es generado de manera independiente por el niño, sino que es completamente influenciado por el contexto familiar. Las creencias y prácticas de los padres, en conjunto con el clima emocional del hogar impactan en el desarrollo socioemocional del niño, por lo que resulta relevante, entender cómo es que los padres responden ante las emociones de los hijos, considerando desde el hecho de que los propios padres entienden y regulan sus propias emociones (Berkowitz et al., 2025). En otro sentido, el maltrato infantil constituye un importante factor de riesgo para la aparición temprana de psicopatologías, y cada vez hay mayor evidencia que indica que la regulación emocional es uno de los mecanismos subyacentes que puede retrasar la aparición de los síntomas depresivos (Ion et al., 2023). La desregulación emocional en los padres se asocia a una desregulación emocional en los niños, por eso es necesario que las intervenciones se enfoquen en mejorar las habilidades de regulación emocional en los dos miembros de la díada padre-hijo (Berkowitz et al., 2025).

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL Y DE PSICOLOGÍA POSITIVA UTILIZANDO TELEPSICOLOGÍA

Intervenciones Cognitivo-Conductual y de Psicología Positiva para la promoción de la Regulación Emocional y la prevención de la Depresión Infantil

La Terapia Cognitivo-Conductual representa la combinación de las principales teorías conductuales y cognitivas del comportamiento humano; desde esta perspectiva se comprende que existe una interacción triádica entre las emociones, los pensamientos y las conductas, la cual será influenciada por la interpretación que el sujeto realiza sobre su propio contexto (Benjamin et al., 2011; Rachman, 2015; Strunk et al., 2021; Thoma et al., 2015; Wenzel, 2021).

En cuanto a la promoción de la regulación emocional, la Terapia Cognitivo-Conductual tiene como objetivo la selección e implementación de estrategias que permita la modulación de emociones negativas derivadas de pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas, promoviendo estrategias que permitan el afrontamiento adaptativo (Reynard et al., 2022).

La combinación de las técnicas conductuales, cognitivas y contextuales han resultado ser uno de los tratamientos más comunes para la depresión, principalmente por su eficacia y por la disminución de recaídas (Strunk et al., 2021). La Terapia Cognitivo-Conductual puede apoyarse del uso de las neurociencias para comprender mayormente las implicaciones neurobiológicas de los trastornos mentales, mediante el uso de técnicas para la evaluación del funcionamiento cerebral (Månsson et al., 2020).

Es fundamental emplear técnicas y tratamientos basados en evidencia para el tratamiento de la depresión en niños (Oud et al., 2019). Al respecto, el enfoque cognitivo-conductual es uno de los modelos de intervención psicológica que ha demostrado mayor evidencia científica para el tratamiento de la depresión infantil y los efectos se potencian cuando se incluye la participación de los principales cuidadores primarios y el núcleo familiar (Viswanathan et al., 2020).

Zhou y colaboradores (2017) describen a la terapia cognitiva-conductual como la combinación de los modelos conductual y cognitivo, por lo que retoma técnicas de ambos como la activación conductual, el control y modificación de las emociones, pensamientos y comportamientos, la examinación de los pensamientos automáticos para transformarlos en

pensamientos más racionales, y se combina con el entrenamiento de la persona en la resolución de problemas a través del entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y relajación.

La Organización Mundial de la Salud (2013a) recomienda que la atención a niños con trastornos mentales sea realizada por profesionales capacitados, que brinden seguimiento a sus necesidades físicas y psicológicas, evitando el uso de fármacos. No obstante, a pesar de las recomendaciones internacionales, se suelen emplear antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, dopamina y norepinefrina para el tratamiento de la depresión infantil (Harmer et al., 2022; Papalia et al., 2009).

Dentro de los tratamientos farmacológicos mayormente empleados y recomendados para su uso en niños con sintomatología moderada o severa, se encuentra la fluoxetina, duloxetina, escitalopram y sertralina (Hetrick et al., 2021). No obstante, hay evidencia que sugiere que los tratamientos farmacológicos disminuyen levemente los síntomas depresivos en niños y sin diferencias con el uso del placebo, además, presentan una brecha en cuanto al beneficio y el riesgo que implica su uso, debido a que en ciertas poblaciones se asocia al aumento de la probabilidad de riesgo suicida, por lo que el tratamiento psicológico basado en el modelo cognitivo-conductual suele ser la primera opción de intervención (Hetrick et al., 2021; Oud et al., 2019).

En el metaanálisis realizado por Oud y colaboradores (2019) se identificó que la Terapia Cognitivo-Conductual es efectiva para la reducción de síntomas depresivos en niños y adolescentes, luego de terminar el tratamiento y el seguimiento, disminuyendo la probabilidad de presentar un episodio de recaída. Los autores identificaron que las técnicas cognitivo-conductuales mayormente empleadas para el tratamiento de la depresión infantil, son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la activación conductual y la relajación. Los resultados de este metaanálisis no incluyeron la diferenciación entre el nivel de la sintomatología depresiva, la duración de la depresión, el número de episodios previos, la estructura del tratamiento y otros factores contextuales.

Además, identificaron que los resultados son mayormente potenciados en los niños menores de 12 años, si se combinan estas técnicas con la participación de los padres o los cuidadores primarios en la intervención, capacitándolos en el manejo de contingencias y en un rol positivo dentro de la crianza. Esto puede deberse a diferentes factores, como el origen de la depresión puede ser por problemas de apego y que durante la intervención los niños

aprenden técnicas de afrontamiento más adaptativas, mejoran su dinámica de interacción y se perciben más seguros si sus padres están involucrados (Oud et al., 2019).

Nicolas y colaboradores (2020) establecen que es necesario que los padres se involucren en el tratamiento de niños y adolescentes con síntomas de depresión, para que reciban un entrenamiento en crianza, en donde adquieran habilidades que les permitan evitar conductas controladoras y fomentar una interacción positiva que favorezcan a la autonomía emocional del niño.

Intervenciones para la Ideación suicida

Debido a que el comportamiento suicida (ideación, planeación y conductas suicidas) está considerado como un fenómeno multicausal donde interactúan diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, es fundamental realizar una evaluación que permita la identificación de la etiología (Organización Mundial de la Salud, 2023). Abordar el fenómeno suicida desde la perspectiva de la interacción de diversos factores y la detección de los signos de alarma para prevenir los posibles casos letales (Mosquera, 2016), con la finalidad de prevenir, identificar y tratar los trastornos mentales asociados, aplicando estrategias desde las primeras etapas que favorezcan al adecuado desarrollo del individuo (X. Yang et al., 2019).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, un alto porcentaje de personas adultas con ideación suicida presentan comorbilidades como depresión, por lo que el tratamiento farmacológico es fundamental, éste puede incluir medicamentos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, dopamina, noradrenalina y norepinefrina (Harmer et al., 2022). Sin embargo, se ha cuestionado el uso de los medicamentos psiquiátricos en niños con síntomas depresivos, debido a que existe evidencia del aumento del riesgo suicida a causa del consumo (Hetrick et al., 2021).

Frecuentemente la ideación suicida en niños suele ser un síntoma relacionado al trastorno depresivo mayor, por lo cual, la terapia psicológica debe de ser la primera opción de tratamiento (Oud et al., 2019). Bahji y colaboradores (2021) realizaron un metaanálisis para identificar la aceptación y la eficacia de la terapia psicológica para el abordaje del comportamiento suicida en niños y adolescentes, e identificaron que la terapia breve, la terapia cognitiva-conductual, la terapia conductual dialéctica, la terapia familiar, la terapia interpersonal, la terapia basada en la mentalización y otras modalidades, como entre las más frecuentes para el tratamiento del comportamiento suicida. Es posible combinar la

psicoterapia con el tratamiento psiquiátrico, como el uso de la fluoxetina, sin embargo, aunque se establece la preocupación de la administración antidepresivos sobre el riesgo en el incremento del riesgo de las conductas suicidas, debido a que modifican el sistema de la serotonina, neurotransmisor que en una producción mayor se relaciona con las conductas impulsivas (Witt et al., 2021).

Generalmente, las intervenciones psicológicas diseñadas para la prevención de los intentos suicidas están orientadas para la disminución de los factores asociados como la depresión, la ideación suicida y los comportamientos impulsivos (Alavi et al., 2013).

Witt y colaboradores (2021) identifican que las intervenciones psicosociales para el tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida deben iniciar con una evaluación para determinar la severidad de la sintomatología, los rasgos de personalidad desadaptativos y los recursos con los que cuenta el individuo y su familia, además, se debe considerar la participación de los padres y otros familiares tanto en terapia individual como grupal. Al respecto de la modalidad grupal, consideran que los niños pueden trabajar las habilidades interpersonales como las habilidades sociales, la solución de problemas y el establecimiento de metas, por otro lado, la modalidad individual puede favorecer al abordaje de problemáticas específicas y la reestructuración cognitiva. En cuanto a la participación de los padres, se realizaría con la finalidad de mejorar la cohesión familiar y para que la díada padre-hijo sea cálida y positiva.

Si el niño es incapaz de regularse de manera adaptativa ante pensamientos rumiativos y a las emociones negativas derivadas de la ideación suicida, es probable que el estado de malestar cognitivo y emocional persista, y sean más intensos, a tal punto de ser intolerables hasta ocasionar conductas suicidas, siendo ésta una estrategia no adaptativa de interrumpir su sufrimiento; por lo tanto, uno de los ejes del tratamiento psicológico debe ser el entrenamiento en regulación emocional y la identificación de respuestas adaptativas ante eventos estresantes (Kovacs et al., 2019; Kovacs & George, 2020).

Dentro de la estructura de la intervención se debe considerar mejorar las habilidades de afrontamiento, disminuir los síntomas depresivos y abordar los problemas específicos de cada individuo, además, trabajar la autoestima, alentar a establecer redes sociales positivas, mejorar las estrategias de autocontrol para la disminución de conductas impulsivas. Se pueden emplear técnicas de reestructuración cognitiva para la interpretación y evaluación de los eventos y situaciones que generan el malestar emocional,

posteriormente, se capacita en la identificación de estrategias de afrontamiento positivo, para mejorar sus habilidades de solución de problemas, buscando estrategias de autocontrol para evitar respuestas automáticas y estableciendo la motivación como una herramienta para la disminución de la desesperanza (Witt et al., 2021). La desesperanza y el pesimismo son factores importantes a considerar en personas deprimidas, que en combinación con la ideación suicida pueden ser factores predictivos para los intentos de suicidio fatales y no fatales, en ese sentido, los componentes de la terapia cognitiva como el abordaje de las creencias desadaptativas podrían ser útiles para su disminución (Alavi et al., 2013).

Los componentes de la Terapia Cognitivo-Conductual como el análisis de los antecedentes, comportamientos y consecuencias, podrían ser de utilidad para el abordaje de los déficits cognitivos pues facilita a los niños la verbalización de las emociones y pensamientos, relacionándose con la regulación emocional, asimismo, las técnicas de entrenamiento en solución de problemas podrían mejorar el control inhibitorio y la toma de decisiones (Alavi et al., 2013; Jones et al., 2021). Otro dominio del desempeño cognitivo es la cognición social, la cual es entendida como los procesos neuronales empleados para la interacción de la persona con otros, en específico, la percepción de apoyo social puede ser un factor de protección para suicidio (Rutter et al., 2020), por lo tanto, los componentes cognitivo-conductuales orientados para la mejora de las habilidades sociales y la asertividad para entablar relaciones sociales significativas es otro pilar fundamental para la intervención en la reducción de la ideación suicida.

En ocasiones, la mala interacción familiar y los estilos de crianza inapropiados pueden ser lo que esté generando el malestar emocional en el niño, por lo que se resalta la importancia de la participación de los padres, cuidadores y otros familiares cercanos en la intervención para lograr mayor eficacia de la misma (Alavi et al., 2013).

Telemedicina

La carga social y económica que implica el cuidado de niños con alguna enfermedad física o mental es una problemática a considerar, debido a que es necesario repensar cómo y cuándo los niños acuden a los servicios de atención en salud. En ese sentido, la telemedicina es una herramienta tecnológica que puede ser empleada por los profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la salud de los niños en todo el mundo (Burke & Hall, 2015).

En las últimas décadas, el mundo experimenta una revolución en el campo de la tecnología que ha cambiado la manera en cómo las personas se comunican, interactúan e intercambian información en diferentes ámbitos, específicamente, el campo de la salud no ha sido exento a dichos cambios, debido a la integración de las tecnologías de la información y las comunicaciones dentro de la organización y prestación de servicios de atención a la salud (Freed et al., 2018).

En ese sentido el término de eSalud o eHealth se utiliza para definir el “uso rentable y seguro de las tecnologías de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud y los campos relacionados con la salud, incluidos los servicios de atención de salud, la vigilancia de la salud, la literatura sanitaria y la educación, el conocimiento y la investigación en materia de salud” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Dentro de la eSalud se emplea el concepto de telemedicina o telesalud para referirse al “uso de tecnologías de la comunicación para brindar atención médica a distancia” (National Institutes of Health, 2020). Dentro de este concepto, también se pueden encontrar los términos teleeducación, teleconsulta, telepráctica y teleinvestigación, que implican establecer un vínculo entre profesionales de la salud, el paciente, los familiares y otros proveedores de servicios, dentro del proceso de salud-enfermedad y los servicios de atención en salud (Burke & Hall, 2015).

La telemedicina ha sido empleada para la detección, tratamiento, rehabilitación y seguimiento remoto de enfermedades crónicas, así como también, para la promoción de prácticas de autocuidado y la educación de la familia (Freed et al., 2018). Además, combina los avances en comunicación, informática y otras tecnologías médicas, con el aumento del uso de teléfonos inteligentes y otros dispositivos móviles conectados a internet, para recopilar y examinar datos fisiológicos de una persona, información que puede ser enviada al profesional para la evaluación del estado de salud, diagnosticar, monitorear y brindar un tratamiento, a pesar de la distancia física (National Institutes of Health, 2020).

La telemedicina implica una relación interactiva y bidireccional entre el profesional de la salud y el paciente a través del uso de las tecnologías y otras innovaciones que permitan brindar nuevas técnicas orientadas a la salud (Chaet et al., 2017).

Previo a la pandemia por COVID-19, se esperaba que las herramientas tecnológicas y digitales de telemedicina serían empleadas con mayor frecuencia para brindar servicios de salud en los diferentes niveles de atención, educar a los profesionales de la salud, realizar investigaciones, brindar atención como respuesta a desastres o emergencias y

facilitar el acceso a los servicios de salud en poblaciones remotas o desatendidas (Burke & Hall, 2015).

La pandemia por COVID-19 impulsó de manera acelerada las intervenciones desde la telemedicina, siendo un desafío para los profesionales de la salud, pues requirieron de adaptarse a los nuevos desafíos y adquirir nuevas habilidades para satisfacer las necesidades de los usuarios (De la Rosa, 2021).

Dentro de las ventajas de la telemedicina se encuentran los usuarios pueden acceder fácilmente desde cualquier dispositivo conectado a internet, sin importar el momento y lugar, por lo que aumenta la cobertura universal, incluso en poblaciones de difícil acceso, facilitando la adaptación de las intervenciones de acuerdo a las necesidades, la disponibilidad y el ritmo del usuario (De la Rosa, 2021).

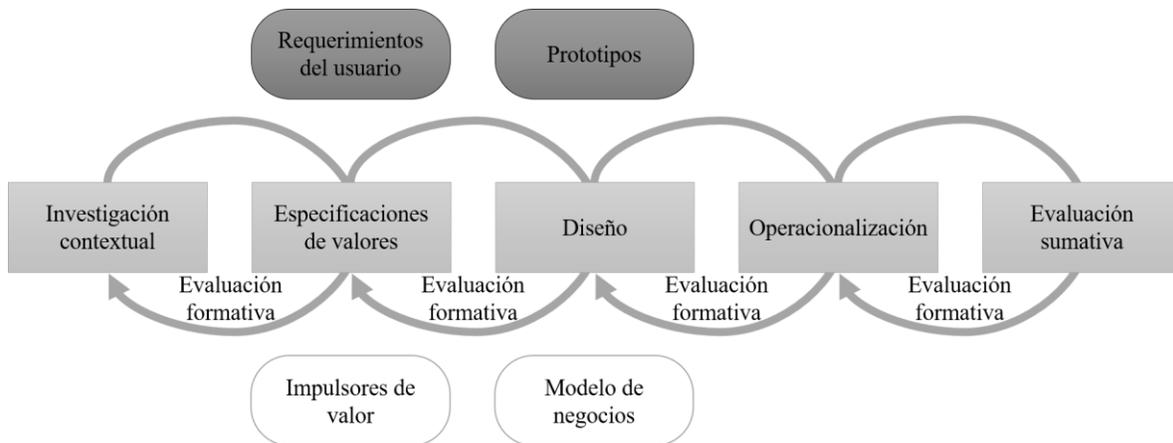
Marco holístico eHealth Research Road Map (CeHRes) para el desarrollo de tecnologías de apoyo a la atención a la salud

El desarrollo de tecnologías aplicadas para la atención a la salud implica diseñar herramientas, productos o servicios sostenibles, iniciando desde el reconocimiento de las necesidades de los usuarios finales, la dinámica social y su potencial para mejorar las prácticas de atención a la salud, considerando la interacción de factores tecnológicos, humanos y contextuales. Desde esta perspectiva, el marco holístico para mejorar la adopción y el impacto de las tecnologías de eHealth fue propuesto como una guía para garantizar una visión integral durante el desarrollo y aplicación de tecnologías de apoyo a la atención a la salud, para que éste sea efectivo y eficiente, además, de cumplir sus objetivos optimizando recursos (van Gemert-Pijnen et al., 2011). En la Figura 2 se describe el marco holístico eHealth Research Road Map (CeHRes) para el desarrollo de tecnologías de apoyo a la atención a la salud el cual fue propuesto por van Gemert-Pijnen y colaboradores (2011) para describir cinco fases del proceso.

Figura 2

Marco holístico eHealth Research Road Map (CeHRes) para el desarrollo de tecnologías de apoyo a la atención a la salud, propuesto por van Gemert-Pijnen y colaboradores (2011).

Elaboración propia.



La primera fase es la investigación contextual, en la cual implica recolectar información sobre los usuarios objetivo y su entorno, partiendo de la evidencia disponible e integrando la investigación con observaciones de campo y entrevista de los usuarios para definir sus necesidades y objetivos. La segunda fase implica la especificación del valor que se refiere a la identificación y cuantificación de los valores económicos, médicos, sociales o de comportamiento de las partes involucradas en este proceso, abarca desde establecer objetivos, definir recursos y explorar alternativas para la mejora de la atención a la salud. La tercera fase comprende el diseño de los prototipos de la herramienta, tecnología o servicio de acuerdo a valores, necesidades y objetivos de los usuarios, los cuales pueden ser probados en diferentes escenarios reales para perfeccionarlos y que cumplan con las expectativas en cuanto a la calidad del sistema, contenido y servicio, además, de evaluar su compatibilidad con el sistema de salud, La cuarta fase del proceso es la de operacionalización que implica introducir, adoptar y emplear la herramienta, tecnología o servicio en la práctica de la atención a la salud, por lo que puede abarcar desde la capacitación y motivación de los profesionales y usuarios para su uso, y de acuerdo al nivel de adopción, será necesario emplear decisiones estratégicas para la implementación del prototipo en la práctica. La última fase consiste en la evaluación sumativa donde se pretende cuantificar el impacto del uso de la herramienta, tecnología o servicio en términos clínicos, organizacionales y conductuales (van Gemert-Pijnen et al., 2011).

Entre cada una de las fases, se realiza una evaluación formativa que permita la identificación de factores críticos que puedan alterar que el proceso de desarrollo y aplicación sea efectivo y eficiente, además, del impacto que la herramienta, tecnología o servicio pueda tener en la atención a la salud. Es posible que se desarrollen diferentes prototipos durante el proceso, los cuales pueden ser probados en diferentes contextos reales para luego hacer adecuaciones de acuerdo a la retroalimentación de los usuarios o desarrolladores. Los autores recalcan que, desde este modelo se puede implementar un modelo de negocios que facilite la adopción de la herramienta, tecnología o servicio por parte de los usuarios.

Telepsicología y tipos de intervenciones

El término de telemedicina no solo se limita a la disciplina de la medicina, se ha extendido al campo de la salud mental. Se han empleado los términos telepsiquiatría y telepsicología para referirse a la provisión de servicios de atención a la salud a distancia mediante las tecnologías de la información y comunicaciones para brindar atención a los problemas de salud mental, mediante la innovación en procedimientos de evaluación, prevención y tratamientos psicológicos, con el objetivo de facilitar el acceso a intervenciones eficaces a pesar de las barreras físicas y sociales que envuelven a los trastornos mentales, reduciendo el tiempo para el primer contacto entre el terapeuta y el paciente, además, de aumentar la cobertura en poblaciones que de otra manera no recibirían un tratamiento (De la Rosa, 2021).

Existe la evidencia necesaria para sugerir que los tratamientos basados en internet son eficaces y pueden tener resultados similares a los tratamientos presenciales. Glasgow y Rosen (como se citó en De la Rosa, 2021) indican que las intervenciones basadas en internet pueden dividirse en a) tratamientos administrados por el terapeuta, b) tratamientos con asistencia mínima del terapeuta o híbridos y c) tratamientos sin el apoyo de un terapeuta o totalmente autoaplicados.

Los tratamientos administrados por el terapeuta tienen la característica de que el terapeuta participa en todo momento para brindar técnicas y estrategias de intervención, además de ser síncrono. Los tratamientos con asistencia mínima del terapeuta o híbridos, cuentan con la característica de ser asíncronos, donde el usuario puede revisar algunos contenidos y el terapeuta únicamente realiza sesiones breves de retroalimentación. Los tratamientos sin el apoyo de un terapeuta o totalmente autoaplicados, son aquellos en

donde el usuario accede con facilidad a los contenidos en cualquier momento y lugar, reduciendo así el costo y el tiempo de atención (Karyotaki et al., 2017).

En cuanto a los resultados de los tratamientos híbridos o totalmente autoaplicados, demuestran mejoría en los usuarios, similar a aquellos que cuentan con apoyo síncrono con un terapeuta, además, contribuyen a la meta de la cobertura universal empleando métodos innovadores para la identificación, tratamiento y seguimiento de personas que requieren atención, por lo que ayudará a la disminución de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales (De la Rosa, 2021). Si bien este tipo de intervenciones no son las más adecuadas para toda la población, resultan ser una alternativa viable en aquellas personas que no están dispuestas a tener ningún contacto terapéutico o ser el primer contacto de atención, sobre todo en aquellos usuarios con sintomatología leve, por lo que los efectos pueden ser significativos en la disminución de los síntomas depresivos (Karyotaki et al., 2017).

Aspectos éticos y legales para el uso de las intervenciones telepsicológicas

Parte del quehacer de un profesional e investigador en el campo de la salud, implica evidenciar los aspectos éticos que involucran a las prácticas e intervenciones. La telemedicina ha estado regulada casi desde que existe, por lo que su práctica debe cumplir con obligaciones éticas y legales, para garantizar el cuidado del bienestar de los usuarios y la protección de la información de salud personal, ya que desobedecer las regulaciones puede tener consecuencias legales (Fields, 2020).

Para la práctica de la telemedicina y la telepsicología, es necesario considerar las leyes o reglas internacionales, federales y locales que regulen a los profesionales que ejercerán dicha práctica. Si bien cada ley o regla puede describir el procedimiento ético y legal, en su mayoría coinciden en a) incluir el consentimiento informado por escrito, b) realizar una visita en persona antes de realizar un seguimiento basado en telemedicina y c) garantizar la protección de datos personales. Además, es importante mencionar que el profesional debe contar con la formación académica y práctica para brindar los servicios que pretende, siendo respaldado por una licencia o certificado (Fields, 2020; Stanberry, 2006).

Dentro de las obligaciones éticas y legales que debe cumplir el profesional de la salud es (Fields, 2020; Stanberry, 2006):

- El paciente debe ser informado sobre los diferentes tipos de intervenciones a las que puede acceder y es libre de elegir qué procedimientos o técnicas recibirá.
- Respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones.
- No maleficencia (no dañar a otros).
- Respetar la privacidad del paciente y garantizar la protección de los datos personales.
- El profesional de la salud debe valorar si el paciente es apto para recibir una intervención a distancia.
- El profesional de la salud debe reconocer si no tiene la capacidad y las habilidades profesionales para la atención del paciente, en ese caso, debe canalizar al paciente a otros servicios.
- Antes de iniciar la intervención a distancia, el paciente debe conocer las características y riesgos de la evaluación y/o tratamiento al que será sometido.
- Obtener el consentimiento escrito y verbal de participación por parte del paciente.
- Se debe dejar explícito al paciente que el inicio de la telemedicina no excluye futuras visitas en persona.
- Una vez que el participante elige un tratamiento basado en telemedicina, el personal de salud debe mantener los altos estándares de atención durante su intervención.

Consideraciones para el desarrollo y aplicación de intervenciones telepsicológicas en la Infancia

La facilidad de acceso y administración de las intervenciones telepsicológicas basadas en internet resultan una alternativa de tratamiento para niños, debido a la familiarización con el uso de los dispositivos electrónicos y la preferencia de interactuar a través de un entorno informático, en vez de un contacto cara a cara. Además, perciben el internet como un medio accesible y flexible para la búsqueda de ayuda, lo cual permite reducir el estigma frecuentemente asociados a las consultas presenciales en servicios de salud mental (Abeles et al., 2009; Wall et al., 2024).

El uso de la tecnología permite el registro en tiempo real de los estados de ánimo, comportamientos y actividades, incluso, se le pueden brindar instrucciones para permitir el autocontrol, como utilizando técnicas de respiración o de regulación emocional (Edbrooke-Childs et al., 2017). Dentro de este tipo de intervenciones, suelen apoyarse del uso de apps digitales, chatbots y *serious games* que resultan atractivos para la población infanto-juvenil.

Las propuestas de intervención telepsicológicas de carácter semidirigido o híbrido, basadas en internet pueden resultar relevantes para la difusión de estrategias e información a gran escala, que favorezca a la adherencia al tratamiento, aumente la calidad de vida, promueven el bienestar y desarrollo adecuado en niños, además, sirve como respuesta a la gran brecha de atención a la salud en la infancia, el alto costo de los servicios, tiempos largos de espera, la escasez de profesionales especializados y la falta de motivación por parte del usuario para comprometerse con un tratamiento (Townsend et al., 2022; Tozzi et al., 2018).

Este tipo de intervenciones emergen como una estrategia fundamental para disminuir la brecha de atención en población infantojuvenil en condición de vulnerabilidad. La evidencia demuestra que los sistemas de apoyo tradicional alcanzan solo una fracción mínima de las personas que requieren atención. Por lo que, las intervenciones basadas en la web demuestran un alto potencial para atender a grupos difíciles de alcanzar (Wall et al., 2024).

Sin embargo, las pautas de evaluación de intervenciones basadas en internet o digitales, enfatizan en que se debe realizar una evaluación temprana para garantizar los niveles adecuados de usabilidad, aceptabilidad, compromiso y adherencia, antes de evaluar la eficacia. Este tipo de intervenciones implican un nivel más alto de complejidad debido al uso de tecnologías, por lo que se debe verificar primero su funcionamiento, dado que cualquier problema tendría un impacto significativo en el éxito y eficacia de la implementación de la intervención, por lo que se recomienda que en las investigaciones se modifiquen los componentes de acuerdo a los resultados de ensayos exploratorios (Moltrecht, Patalay, et al., 2021).

La tasa promedio de abandono de este tipo de intervenciones es de 35%, por lo que genera una brecha entre la eficacia teórica y la aceptabilidad práctica, por lo que justifica que los estudios deben seguir una metodología exploratoria en el diseño centrándose en el usuario final, realizando una validación por jueces y una evaluación de usabilidad para optimizar la adherencia y la experiencia del usuario, esto previamente a la medición de la eficacia (B. Chen et al., 2025).

Específicamente, las intervenciones autodirigidas o con asistencia mínima del terapeuta presentan desafíos metodológicos significativos que pueden impactar directamente en la efectividad. Uno de estos desafíos es la baja adherencia de los participantes, por lo que puede atribuirse a la manera en cómo se administran los

materiales, así como también, la dificultad y la duración de actividades y vídeos psicoeducativos. Otro factor que puede influir en la adherencia es el tiempo de espera programado que es requerido para que el usuario vuelva a ingresar activamente. Esto subraya la necesidad crítica de no solo crear contenido basado en evidencia, sino también de diseñar intervenciones más atractivas y centradas en las preferencias del usuario para fomentar la adherencia (Wall et al., 2024).

Sim y colaboradores (2022) proponen una estrategia para medir la participación de los usuarios (engagement), factor que influye directamente en la eficacia de las intervenciones. Para los autores, no solo es considerar el número de inicios de sesión, sino que medir la participación conductual mediante dos indicadores objetivos: 1) la participación continua (porcentaje de módulos completados), y 2) la calidad de la participación (porcentaje de metas previstas completadas). Los autores sostienen que, al igual que en el modelo tradicional de la TCC, la mera asistencia o la finalización de módulos es insuficiente para el cambio. La eficacia de la intervención dependerá de la aplicación y consolidación de habilidades que representan las metas del tratamiento, por lo tanto, desde esta perspectiva, deberá considerarse incluir estrategias de tareas luego del término de la sesión que puedan ser evaluadas directamente y donde se obtenga evidencia de que el usuario ha puesto en práctica lo aprendido.

El diseño de intervenciones autodirigidas o con asistencia mínima del terapeuta no solo debe centrarse en la fidelidad del contenido terapéutico, también requiere incluir una evaluación rigurosa de la usabilidad y experiencia del usuario, incluso antes de probar su eficacia (Lisøy et al., 2024), lo cual justifica metodológicamente los estudios de usabilidad en fases tempranas del desarrollo de estrategias de telepsicología.

Intervenciones telepsicológicas para la promoción de la Regulación Emocional

El periodo de transición entre la niñez y la adolescencia es el momento crucial para implementar intervenciones destinadas a la promoción de la regulación emocional, dado su impacto positivo en el desarrollo a largo plazo (Reynard et al., 2022). Los cambios que caracterizan a esta etapa hace que los niños sean especialmente receptivos a estrategias que fomenten la regulación emocional, reduciendo así las problemáticas de salud mental y la adaptación social (Moltrecht, Deighton, et al., 2021; Moltrecht, Patalay, et al., 2021).

En una revisión sistemática y metaanálisis que examinó la efectividad y el uso de intervenciones digitales para la regulación emocional en niños y adolescentes tempranos,

donde se incluyeron intervenciones mediante el uso de juegos terapéuticos (69%), (Reynard et al., 2022)

Mediante la búsqueda sistemática de la literatura, Domhardt y colaboradores (2020) analizaron y describieron ocho metaanálisis de intervenciones basadas en internet y dispositivos móviles para niños y adolescentes con diversas condiciones de salud. Encontraron evidencia metaanalítica de que este tipo de intervenciones logran tamaños de efectos moderados a grandes en la depresión y la ansiedad. Aunque la búsqueda fue exhaustiva, la información en niños menores de 12 años permanece limitada y escasa.

En los ensayos de la intervención utilizando ReZone, una aplicación móvil, la cual tiene como objetivo ayudar a los estudiantes a gestionar su bienestar emocional en situaciones donde requieren concentrarse si se sienten enojados, estresados o ansiosos. Consiste en una serie de herramientas diseñadas para mejorar la concentración, aliviar el estrés y ayudar a los estudiantes a reflexionar y pensar en los problemas de manera lógica. Dicha intervención fue realizada bajo el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, empleando técnicas para el entrenamiento en respiración y relajación, mindfulness, entrenamiento en regulación emocional, modificación del sesgo de atención y solución de problemas. En el primer ensayo para evaluar la utilidad y aceptabilidad, participaron 79 niños de 10 a 15 años de edad. Las estadísticas de uso reflejaron que los usuarios emplearon mayormente las actividades de juegos, seguidos por los ejercicios de respiración, mientras que la arteterapia y el tiempo de espera fueron los menos utilizados. Los participantes reportaron utilizar esta herramienta cuando se sentían abrumados o para obtener una recompensa. Para el segundo ensayo controlado aleatorio participaron 409 participantes, el estudio no mostró una diferencia significativa entre aquellos que usaron ReZone y la gestión habitual en la reducción de dificultades conductuales y emocionales, y en la mejorar del bienestar la calidad de vida (Edbrooke-Childs et al., 2017; Edridge et al., 2019, 2020).

En un estudio realizado por Moltrecht, Patalay y colaboradores (2021) con niños ingleses, se exploró el uso de una aplicación web desarrollada como una intervención escolar universal para apoyar la salud mental y el bienestar de los alumnos, con la finalidad de fortalecer sus habilidades de regulación emocional, ofreciéndoles orientación para identificar emociones y seleccionar estrategias adaptativas para su regulación. Para los autores era fundamental desarrollar una aplicación que fuese aceptable, utilizable y atractiva, la cual pudiera ser implementada dentro del contexto escolar. Para el estudio, se

consideraron cuatro escuelas primarias y participaron 144 niños de entre 10 y 12 años, de los cuales solo 132 niños finalizaron la intervención. Las técnicas empleadas consistieron en videos y juegos psicoeducativos, relajación y regulación de emociones. Además de evaluar la aceptabilidad y utilidad del uso de la aplicación web, se evaluaron la satisfacción con la vida y las emociones positivas y negativas, donde se observó una disminución de la frecuencia e intensidad de las emociones tristeza y ansiedad, sin embargo, en las otras variables no hubo variación y se mantuvieron puntuaciones similares entre línea base y el post intervención. Mientras que la aceptabilidad y utilidad de la aplicación web, el 57% de los participantes accedieron e hicieron uso de los contenidos, de los cuales el 67% la encontró útil y 58% aceptó que la recomendaría a un amigo. Se observó que solo el 30% de los participantes eran usuarios habituales y el módulo de juego fue el más visitado, seguido del módulo de relajación. De los resultados cualitativos de las entrevistas con los participantes, se resalta que los niños reportaron la utilización de la aplicación web en situaciones de estrés o tristeza y que eso les ayudaba a sentirse relajados o tranquilos, y ayudó al conocimiento y comprensión emocional. Además, percibieron a la aplicación web como aceptable, utilizable y útil (Moltrecht, Patalay, et al., 2021).

“Keep Calm” es una aplicación móvil diseñada con el objetivo de apoyar la regulación emocional y abordar la desregulación y las conductas desafiantes en niños con autismo dentro de entornos escolares. Esta estrategia es considerada una intervención adaptativa justo a tiempo, dado que integró biosensores portátiles para medir la frecuencia cardíaca, permitiendo el monitoreo en tiempo real de los participantes para alertar a los educadores sobre aumentos de estrés y prevenir un episodio de conductas disruptivas. Por lo tanto, no se le brinda estrategias terapéuticas enfocadas al participante, únicamente se centra en el monitoreo de la frecuencia cardíaca para que cuando sea identificado un posible episodio, el educador pueda actuar con base al protocolo establecido dentro de la aplicación. Además, de que permite coordinar a los docentes con todos los miembros del equipo escolar y los padres para brindar mejores estrategias de contención de acuerdo a las necesidades del niño (Kaur et al., 2025).

La aplicación móvil “CHEER” (CoaCH Effective Emotion Regulation) fue diseñada para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años dentro del contexto escolar. Trata de una intervención basada en la Terapia Cognitivo-Conductual, específicamente en la reevaluación cognitiva para enseñarle a los participantes a reformular sus pensamientos desadaptativos. Esta intervención es autodirigida y se compone de ocho

sesiones de 40 minutos administradas dos veces a la semana durante un mes. Se compone de cuatro elementos principales: 1) el monitoreo diario de emociones, donde los participantes realizan un registro de las emociones que experimentan y el evento desencadenante; 2) un módulo de autoevaluación, donde el participante evalúa habilidades vitales y estados somáticos; 3) actividades de relajación y mindfulness, que implican ejercicios guiados por video y audio para promover un estado de calma; 4) biblioteca de ejercicios de regulación emocional, donde se dirige al participante en un proceso que implica la enseñanza de las emociones, para luego identificarlas, posteriormente, estrategias de regulación emocional, para que el usuario cree una caja de herramientas emocionales. La evaluación de aceptabilidad y efectividad está en proceso, no obstante, los autores esperan ver mejoras significativas en las habilidades y estrategias de regulación emocional. Además, debido a que hicieron partícipes a los usuarios en el proceso de diseño, esperan que tenga un alto porcentaje de aceptabilidad y finalización (Xiong et al., 2025).

Dentro de la categoría de los *serious games* se encuentra “REThink” que ofrece una intervención preventiva basada en la Terapia Cognitivo-Conductual para desarrollar resiliencia, regulación emocional y afrontamiento en 31 niños y adolescentes estadounidenses de entre 10 y 16 años de edad. Se evaluaron problemas emocionales, creencias irracionales, pensamientos automáticos negativos, habilidades para la solución de problemas y satisfacción con el juego terapéutico. Empleando personajes, la misión del jugador es ayudar a las personas para que sean más racionales y felices. “REThink” se impartió de forma secuencial, durante tres sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una, en donde los participantes avanzaron entre los siete niveles (David et al., 2021).

Intervenciones telepsicológicas para la prevención de la Depresión infantil

La presencia de trastornos de salud mental, como la depresión infantil, que impacta negativamente en múltiples aspectos del desarrollo, incluyendo la salud física y mental, el desempeño académico y las interacciones sociales. Estos desafíos no solo afectan el bienestar de los niños, sino que también imponen elevados costos humanos y económicos a la sociedad. Por lo tanto, es imperativo implementar estrategias novedosas, innovadoras y accesibles que ofrezcan apoyo efectivo a los niños que puedan encontrarse en un estado de vulnerabilidad (Moltrecht, Patalay, et al., 2021). Las intervenciones telepsicológicas han emergido como una solución prometedora para brindar la atención necesaria a este sector

poblacional. A continuación, se describen y exploran estudios que hicieron uso de la tecnología para el tratamiento de la depresión infantil:

En la revisión sistemática y metaanálisis de Pennant y colaboradores (2015), fueron incluidos 27 ensayos controlados aleatorizados con la finalidad de evaluar la eficacia de las terapias computarizadas para la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes de entre 5 a 25 años. Los hallazgos demostraron que la Terapia Cognitivo-Conductual Computarizada (cCBT), evidenció efectos positivos significativos en la reducción de síntomas en la población de jóvenes (12-25 años), mientras que la evidencia para el grupo de niños fue considerablemente más débil. Los autores reportaron cierta incertidumbre en torno a la efectividad de la cCBT en niños de 5 a 11 años, debido a los pocos estudios disponibles en este grupo, por lo que se encontraron resultados inconclusos, por lo que resaltaron la necesidad de mayor desarrollo de programas e investigación para poder establecer el beneficio de estas terapias en población infantil (Pennant et al., 2015).

En otro metaanálisis que incluyó 21 ensayos controlados aleatorizados, reforzó la evidencia de que la cCBT es el enfoque con mayor respaldo empírico, mostrando un tamaño de efecto mediano en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos en niños y adolescentes. No obstante, sus hallazgos no fueron mejores a los observados en la TCC presencial tradicional, reforzando la idea de que las intervenciones telepsicológicas no son un reemplazo de la terapia cara a cara, sino una herramienta que permite incrementar el acceso y reducir los tiempos de espera. Además, señala que la información sobre intervenciones en niños menores de 12 años permanece limitada y escasa (Grist et al., 2019).

Mediante la búsqueda sistemática de la literatura, Domhardt y colaboradores (2020) analizaron y describieron ocho metaanálisis de intervenciones basadas en internet y dispositivos móviles para niños y adolescentes con diversas condiciones de salud. Encontraron evidencia metaanalítica de que este tipo de intervenciones logran tamaños de efectos moderados a grandes en la depresión y la ansiedad. Aunque la búsqueda fue exhaustiva, la información en niños menores de 12 años permanece limitada y escasa.

En un metaanálisis que examinó la eficacia de las intervenciones basadas en internet y móviles (IMIs) para niños y adolescentes con síntomas clínicamente relevantes, se halló un efecto positivo moderado para las intervenciones dirigidas a la ansiedad, pero para la depresión no fueron concluyentes (Dülsen & Baumeister, 2025). Esta evidencia refuerza la brecha en la literatura, indicando que la efectividad de las terapias

computarizadas para la depresión infantil, particularmente en formatos de telepsicología, sigue faltando evidencia, por lo que se requiere una mayor investigación y desarrollo de nuevas aproximaciones.

La literatura reciente resalta la viabilidad de la telepsicología para abordar la depresión en población infantojuvenil, al respecto, un metaanálisis evaluó la efectividad de intervenciones psicológicas basadas en internet con participantes de 10 a 25 años. Los resultados identificaron que la cCBT es la modalidad más frecuente, demostrando reducciones estadísticamente significativas en los puntajes de depresión, en comparación a los grupos control y lista de espera. Adicionalmente, se reconoció a la Terapia Dialéctica Conductual como un componente central en la regulación emocional, emergió como la intervención más eficaz (B. Chen et al., 2025).

En el ensayo controlado aleatorio que examina el valor adicional de un entrenamiento guiado de regulación emocional basado en internet a un la Terapia Cognitivo-Conductual en 138 adolescentes de entre 13 y 19 años con trastornos depresivos y/o ansiedad (Emmelkamp et al., 2022). E-TRAIN consiste en una capacitación guiada sobre la regulación de emociones basada en internet, y será evaluado el efecto a lo largo de 12 meses. Hasta el momento, no se han demostrado los hallazgos finales, sin embargo, los autores esperan que E-TRAIN pueda ser una adición importante a la atención de la salud mental.

Se administró una intervención cognitivo-conductual breve mediante teleconferencias y complementada con vídeos psicoeducativos mediante una app móvil, dirigida a niños y adolescentes brasileños de 8 a 17 años, con síntomas de ansiedad y depresión. Esta intervención fue estructurada en cinco sesiones semanales enfocadas en el entrenamiento de habilidades como el reconocimiento de emociones, el manejo del estrés y la ira, la activación conductual y la reestructuración cognitiva. Mediante un ensayo clínico aleatorizado, compararon esta intervención con un grupo control activo que recibió únicamente los vídeos psicoeducativos. La participación de los niños y adolescentes fue acompañada activamente por algún cuidador. Los hallazgos demostraron que la intervención de TCC fue más eficaz que la psicoeducación sola para reducir los síntomas ansiosos, mientras que el efecto sobre la depresión emergió y fue estadísticamente significativo en el seguimiento de 30 días; además, se reportó una mejora en las relaciones familiares en el seguimiento (Casella et al., 2022, 2025).

En el ámbito de intervenciones de formatos mixtos que incorporan componentes de telepsicología, un estudio relevante es el ensayo factorial para optimizar una intervención transdiagnóstica de TCC dirigida a niños de 8 a 12 años con síntomas elevados de ansiedad y depresión. Uno de los factores evaluados fue el formato de entrega, dado que se comparó una intervención grupal tradicional con una intervención de formato mixto (ocho sesiones grupales presenciales y ocho sesiones automatizadas basadas en la web). Ambas intervenciones fueron diseñadas con el objetivo de mejorar la capacidad de los participantes para regular sus emociones ante la tristeza y la preocupación. Los hallazgos no mostraron diferencias significativas en la reducción de síntomas de ansiedad o depresión, ni en la satisfacción del usuario entre el formato mixto y el formato grupal tradicional. Los autores concluyeron que estos resultados favorecen la adopción del formato mixto, ya que, al ser comparable en efectividad, representaba la combinación menos intensiva en recursos y la más viable (Lisøy et al., 2024).

Dentro de la categoría de *serious games* se encuentra el programa SPARX (Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts), el cual es una intervención de autoayuda basada en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual presentada en formato de *serious game* para el tratamiento de la depresión leve a moderada en adolescentes de entre 12 a 19 años, donde sumerge al usuario en un entorno virtual 3D donde debe completar misiones para progresar (Terry Fleming et al., 2025). Se estructura por siete módulos, los cuales están diseñados para ser completados en 20 a 30 minutos aproximadamente. El participante es guiado por un terapeuta virtual que introduce los conceptos en cada módulo y establece las tareas para la vida real (Theresa Fleming et al., 2012; Shepherd et al., 2018). Esta intervención emplea técnicas como psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en regulación emocional, habilidades sociales y solución de problemas y reestructuración cognitiva (Terry Fleming et al., 2025; Theresa Fleming et al., 2016). Se ha evaluado la eficacia y la aceptabilidad del SPARX en diferentes contextos y poblaciones, lo que ha permitido establecer que el éxito de su implementación depende de diversos factores que van más allá del contenido terapéutico, como la usabilidad, el contexto y la adaptación cultural.

El SPARX fue probado en 32 participantes excluidos de la educación, donde se observó una tasa de adherencia del 81% y una reducción de los síntomas depresivos en comparación al grupo control en lista de espera (Theresa Fleming et al., 2012). En un análisis cualitativo, 39 participantes mencionaron haber experimentado un aumento de la

calma y la reducción de la ira, reconocieron que es una estrategia “liberadora y empoderadora” en comparación a estrategias de intervención tradicionales, y recomendaron implementar el SPARX de manera universal como una forma de acercar los servicios de salud y así evitar el estigma social (Theresa Fleming et al., 2016). Además, el SPARX fue adaptado e implementado en una población indígena, empleando conceptos culturales, lo que facilitó el involucramiento de los participantes y la adquisición de los elementos terapéuticos (Shepherd et al., 2018).

No obstante, el SPARX (versión revisada) fue aplicado con jóvenes infractores donde la adherencia fue casi inexistente, solo 2 de 19 participantes completaron al menos dos módulos. Los participantes manifestaron haber experimentado dificultades técnicas y que el contenido era infantil y gráficamente pobre en comparación a videojuegos comerciales (Theresa Fleming et al., 2019). En otro estudio, el 2.3% de los participantes eran adolescentes transgénero, quienes mostraron tasas de finalización más bajas en comparación a los participantes cisgénero, los investigadores explican que no fueron incluidos elementos inclusivos y que esto pudo determinar la eficacia del SPARX en dicho grupo vulnerable (Lucassen et al., 2021). Fue probado el SPARX con 21,320 adolescentes neozelandeses durante siete años, cifra que representa el 2% de la población adolescente del país. Solo el 7.4% de los participantes completaron al menos cuatro módulos y el 3.1% completó los siete, demostrando una adherencia notablemente baja. No obstante, en los usuarios que finalizaron la intervención se observó una reducción estadísticamente significativa en los síntomas depresivos (Terry Fleming et al., 2025).

Los diferentes estudios del SPARX demostraron que si bien el contenido de la Terapia Cognitivo-Conductual es la base terapéutica, el éxito de una intervención telepsicológica dependerá de la adherencia, la cual puede ser influenciada por el contexto, pero lo más importante, es el diseño y la experiencia del usuario, además, considerar las adaptaciones culturales e inclusivas.

Intervenciones telepsicológicas para el entrenamiento a padres y familiares

La literatura sobre las intervenciones telepsicológicas para la promoción del bienestar infantil, no solo se limita a las estrategias dirigidas exclusivamente a niños, sino que también reconoce la importancia de involucrar a los padres y cuidadores. En la era digital actual, las intervenciones telepsicológicas se han convertido en herramientas esenciales para el entrenamiento a padres, ofrecen un acceso flexible y conveniente a los

recursos y estrategias diseñados con el objetivo de mejorar las habilidades parentales, fomentar una crianza positiva y abordar los desafíos relacionados con el desarrollo infantil. A continuación, se describen intervenciones telepsicológicas que evaluaron la utilidad, uso, aceptabilidad, efectos y/o eficacia para el entrenamiento a padres:

El ensayo controlado aleatorio evaluó la eficacia de la intervención “Triple P Online Brief” un programa autoadministrado de crianza positiva en línea de baja intensidad para padres de niños de entre dos a nueve años, con problemas de conducta disruptiva de aparición temprana. Participaron 200 padres australianos divididos de manera aleatoria en dos grupos (experimental y de lista de espera). Las variables observadas en los niños fueron la conducta disruptiva y el ajuste emocional, mientras que, en los padres se evaluó depresión, ansiedad, estrés, las prácticas de crianza, la autoeficacia parental y la interacción padre-hijo, así como también, la satisfacción con la intervención. La intervención se compone por cinco módulos donde se incluyeron técnicas de modelamiento para la crianza positiva y técnicas para el entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones y regulación emocional. Presenta algunos módulos complementarios y opcionales para los padres. Los resultados demostraron una mejora en las prácticas positivas de crianza (Baker et al., 2017).

El programa de entrenamiento de crianza “Parenting Forest” dirigido hacia población español, consiste en una intervención autodirigida basada en la web para mejorar las estrategias de regulación emocional de los padres y la flexibilidad psicológica, utilizando técnicas de la tercera ola de la Terapia Cognitivo-Conductual. Participaron 12 padres de niños de entre 3 a 16 años de edad y se evaluó el efecto de la intervención en la flexibilidad psicológica, la evitación, la regulación emocional y el estrés en los padres, mientras que en los hijos se evaluó el ajuste psicológico. La intervención diseñada originalmente para el trabajo grupal presencial, se adaptó a una plataforma web, organizada en seis módulos semanales, secuenciados y autoaplicados. Los primeros cuatro módulos están orientados a la promoción de habilidades personales y parentales, mientras que los últimos dos módulos se centran en la relación entre padres e hijos. Se observó una mejora significativa en la flexibilidad psicológica y la regulación emocional de los padres, el 33% logró una mejoría funcional. En cuanto a los resultados en los niños, las puntuaciones en problemas de conducta fueron significativamente más bajas. El 75% de los participantes se mostró satisfecho con el programa. Las limitaciones señaladas por los autores radican en el tamaño

de la muestra y al intervalo tan amplio de la edad de los niños, la exploración de la aceptabilidad como un factor de adherencia (Flujas-Contreras et al., 2021).

El programa “The Parenting Resilient Kids” (PaRK) consistió en una intervención universal basada en la web de 12 módulos para abordar factores de riesgo y protección asociados a depresión y ansiedad infantil, donde participaron 355 madres y padres australianos de 342 niños de entre ocho a 11 años de edad. Evaluaron las prácticas parentales, funcionamiento familiar y la calidad de vida en los padres, además, ansiedad, depresión, calidad de vida y respuestas emocionales en los niños. Una característica de este programa fue que, los padres pudieron seleccionar entre módulos opcionales aquellos que fueran de su interés, personalizando así la intervención autodirigida. Por lo que, primero recibieron un conjunto de módulo generales para todos los participantes del grupo experimental y posteriormente, recibieron los módulos opcionales. Los módulos se habilitaban cada semana y tenían una duración de 15 a 25 minutos, en donde se presentaban actividades, cuestionarios, viñetas, ilustraciones para mejorar las habilidades de crianza y automonitoreo. Los componentes de los módulos incluían relación con el hijo, involucramiento en la vida del hijo, hábitos saludables, reglas y consecuencias en el hijo, entrenamiento en regulación emocional y en solución de problemas. Los padres recibían una llamada semanal para motivar e incentivar la adherencia a la intervención, así como para que recibieran retroalimentación sobre el contenido de los módulos. Los resultados demostraron un aumento en las prácticas parentales positivas en el grupo experimental. No obstante, no hubo cambios significativos en los niveles de ansiedad y depresión en los niños (Sim et al., 2020, 2022).

El estudio de Wall y colaboradores (2024) presenta los resultados del programa SPARE (Supportive Parenting and Reinforcement), el cual fue diseñado desde el modelo cognitivo-conductual, con el objetivo de mejorar la salud mental de los hijos y reducir el consumo de alcohol del padre. La intervención incluía videoconferencias, ejercicios, retroalimentación automatizada y personalizada de un terapeuta. El estudio no encontró un efecto concluyente de la intervención en las conductas de afrontamiento en los menores, mientras que, en los padres hubo una reducción de su propio consumo. Los autores resaltan la baja adherencia como un desafío importante, ya que solo el 24% de los participantes complementaron el programa, resaltando la importancia de desarrollar intervenciones telepsicológicas más atractivas (Wall et al., 2024).

Los módulos telepsicológicos o materiales psicoeducativos digitales que pretenden la promoción de prácticas parentales positivas, pueden ser una alternativa viable y eficiente sin sacrificar la efectividad. Esto fue demostrado en el estudio de Lisøy y colaboradores (2024) donde no hubo diferencias significativas en los niveles de síntomas de ansiedad o depresión de hijos, cuyos padres fueron sometidos a dos intervenciones, una con alta participación parental y otra con baja participación.

El metaanálisis de Grist y colaboradores (2019) indagó sobre aquellos factores del diseño que influyeron en el éxito de los programas de intervención. Los autores encontraron que el apoyo parental tenía influencia contundente, pues las intervenciones con participación activa de los padres produjeron tamaños de efecto grandes en comparación de aquellas intervenciones entregadas solo al niño.

Las intervenciones telepsicológicas dirigidas hacia los padres y/o cuidadores pueden tener efectos dobles, pues, por un lado mejoran la calidad de las prácticas de crianza, que a su vez inciden en la mejoría o mantenimiento de la salud mental de los niños a largo plazo (Sim et al., 2022).

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno mental común que afecta significativamente la calidad de vida de las personas y que puede generar consecuencias graves en la salud física y emocional. Su abordaje no solo implica un costo económico elevado, sino que también plantea desafíos significativos en términos de acceso a los servicios de salud para un diagnóstico o tratamiento, especialmente para la población infantil. Por lo que requiere de una cantidad mayor de esfuerzos y estrategias para su prevención en los diferentes niveles de atención, que aborden los factores individuales, familiares y sociales que influyen en la salud mental de los niños (Santoft et al., 2019).

La infancia, como etapa de desarrollo físico, cognitivo, psicológico y social progresivo, es el momento ideal para implementar intervenciones de promoción de la salud, como la enseñanza de la regulación emocional, como estrategia para la prevención de psicopatologías como la depresión infantil.

Se estima que en México, alrededor del 7% de niños y adolescentes de entre 10 a 19 años presentan sintomatología depresiva moderada a severa, siendo que otro porcentaje puede estar presentando síntomas leves (Shamah-Levy et al., 2024). La mayoría de estos niños no reciben atención especializada hasta la etapa de la adultez, cuando los síntomas se han complicado.

El presente estudio puede ser conveniente debido a la interacción de dos factores: la crisis de acceso a la salud mental durante la infancia y la explotación de la tecnología. La pandemia por COVID-19 evidenció la necesidad de replantear los servicios de salud, obligando a los profesionales de la salud mental a adoptar estrategias telepsicológicas. El aumento en el uso de dispositivos móviles con acceso a internet ofrece esa oportunidad para desarrollar e implementar intervenciones accesibles, incluso en aquellas poblaciones con limitaciones geográficas o económicas.

Por lo tanto, este estudio pretende responder diseñando una intervención telepsicológica autodirigida administrada mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años, como una estrategia que permita superar esas barreras físicas y económicas que actualmente limitan el acceso a la atención psicológica tradicional. Esta estrategia pretende aportar a la equidad y la universalidad de los servicios de salud e impactar en la promoción de la salud mental en población mexicana que actualmente carece de recursos de apoyo basados en evidencia.

En esta investigación se pretende generar un producto tecnológico de carácter terapéutico con validez de contenido y usabilidad medida, dando como resultado tangible un prototipo funcional de intervención web basada en el enfoque cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva, con potencial de convertirse en una herramienta de promoción de la salud, utilizable por familias, escuelas y sistemas de salud.

El diseño de esta intervención implicó la traducción y adaptación de los principios terapéuticos desde la Terapia Cognitivo-Conductual y la Psicología Positiva, adaptados a la modalidad telepsicológica, de carácter autodirigida y basada en los principios de gamificación para la enseñanza de la regulación emocional en niños. Por lo que pretende, brindar información sobre la usabilidad y la experiencia del usuario para la mejora de ésta y otras intervenciones para incrementar la adherencia terapéutica en niños y posteriormente, brindar hallazgos para complementar la evidencia limitada sobre este tipo de intervenciones y su eficacia. Además, ayuda a comprender cómo se estructura los contenidos psicoeducativos para la promoción de la regulación emocional y habilidades sociales, así como, la adopción de estilos de vida saludable en un formato asincrónico y autodirigido, de esta manera, aportando evidencia sobre el diseño de intervenciones, un campo de conocimiento fundamental para la telepsicología aplicada.

Mediante la sistematización de un proceso de diseño y validación mixto, este estudio ofrece una hoja de ruta replicable para otros investigadores que busquen desarrollar intervenciones telepsicológicas en contextos similares. Se espera generar el prototipo de la intervención web con validez de contenido y un instrumento para evaluar la usabilidad y la experiencia del usuario final, sentando las bases metodológicas indispensables y rigurosas para futuros estudios de eficacia.

MÉTODO GENERAL

Planteamiento del problema

La depresión infantil es un trastorno mental que afecta significativamente el bienestar y el desarrollo de los niños. La evidencia sobre diversas intervenciones desde el modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión infantil es amplia, lo que ha permitido determinar que muchas de las técnicas empleadas cuentan con suficiente evidencia para considerarlas basadas en evidencia. Sin embargo, un gran sector de la población infantil que se encuentra en probabilidad de desarrollar el trastorno, difícilmente puede acceder a tratamientos de bajo costo y eficaces. Además, la pandemia de COVID-19 exacerbó los desafíos en la prestación de servicios de salud mental, incluida la atención a niños con problemas de salud mental.

En este contexto, la regulación emocional se identifica como ese elemento clave que puede ser enseñado para la promoción de la salud mental y la prevención de la sintomatología depresiva en niños. Ante este contexto, la telepsicología surge como la estrategia idónea para superar las barreras de acceso geográfico y económicas.

No obstante, el problema no solo implica la dificultad para acceder a los servicios de salud, sino la carencia de intervenciones telepsicológicas que estén metodológicamente bien estructuradas y diseñadas, que, a su vez se encuentren fundamentadas en modelos teóricos y terapéuticos que han demostrado evidencia científica de su eficacia, como lo son la Terapia Cognitivo-Conductual y la Psicología Positiva, y que estén validadas para población mexicanas.

Por lo tanto, antes de evaluar la eficacia de una intervención, existe un problema metodológico previo e indispensable que este estudio pretende resolver: la necesidad de diseñar y validar un prototipo que demuestre ser pertinente, teóricamente sólido y usable, que pueda aumentar la adherencia al tratamiento. Por lo que, responde a la necesidad de crear herramientas telepsicológicas con rigor científico desde el inicio.

Objetivo general

Validar una intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web, a partir de criterios de la validez de contenido, usabilidad y aceptabilidad para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Objetivos específicos

1. Detectar las necesidades de atención psicológica y los factores asociados a la depresión infantil para su prevención mediante la regulación emocional, a partir de la revisión de la literatura y el análisis de contenido de entrevistas de expertos.

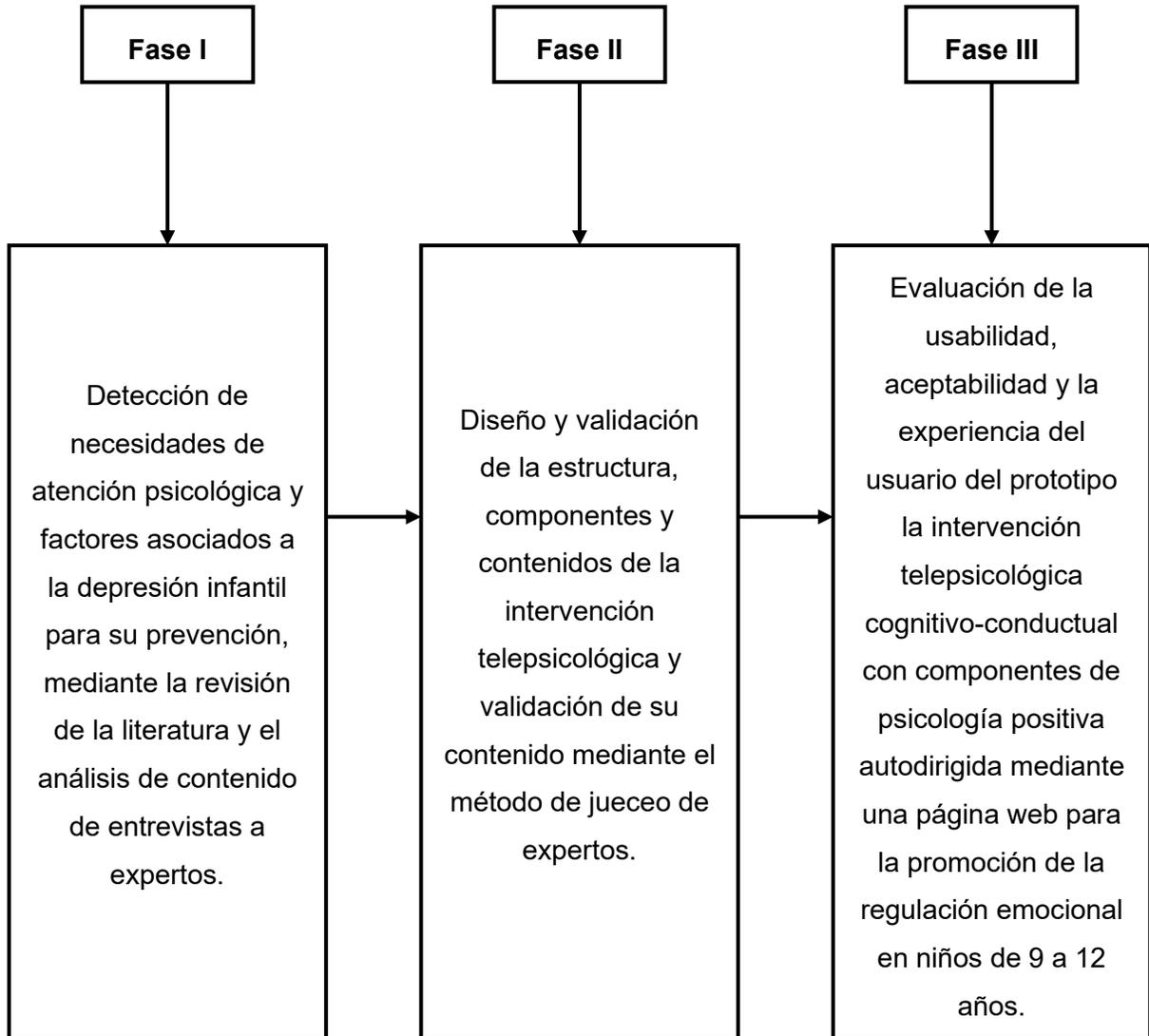
2. Validar el contenido intervención telepsicológica diseñada bajo el modelo cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años a partir del método de jueceo de expertos.

3. Evaluar la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario del prototipo de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Esquema general de la investigación

Figura 3

Esquema general de la investigación.



MÉTODO FASE I

Planteamiento del problema

Niños y niñas representan el sector de la población que presenta muchos obstáculos para acceder a los servicios de salud mental. Una de las causas principales es que las intervenciones no siempre se diseñan partiendo de una identificación clara de las necesidades psicológicas específicas de la población objetivo.

La literatura sobre los factores de riesgo de la depresión infantil es extensa, no obstante, la experiencia clínica de psicólogos infantiles posee un valioso conocimiento práctico. Difícilmente este conocimiento no se encuentra sistematizado, triangulado y priorizado con el fin de diseñar una intervención telepsicológica de carácter preventivo. Por lo que es necesario traducir el conocimiento científico y el conocimiento práctico en componentes de intervención accionables, para garantizar que el diseño cubra las necesidades y reduzca los factores de riesgo, pero a su vez, promueva la regulación emocional.

Por lo tanto, el problema metodológico de esta fase resuelve la ausencia de un esquema válido a través de los mapas clínicos de patogénesis, fortalezas y alcance de metas, que sirva como base para el diseño de la intervención telepsicológica.

Pregunta de investigación

¿Qué necesidades de atención psicológica y factores de riesgo clave para la depresión infantil deben ser priorizados en el diseño de una intervención telepsicológica, que busca prevenirlos mediante la promoción de la regulación emocional en niños, de acuerdo a la literatura y la opinión de expertos?

Objetivo general

Detectar las necesidades de atención psicológica y los factores asociados a la depresión infantil para su prevención mediante la regulación emocional, a partir de la revisión de la literatura y el análisis de contenido de entrevistas de expertos.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo (patogénesis) y protección (fortalezas) asociados a la depresión infantil, así como las necesidades de atención psicológica, de acuerdo a los hallazgos de la revisión de la literatura y las entrevistas a expertos.

2. Definir y priorizar las estrategias de intervención y los objetivos de tratamiento (alcance de metas) que la intervención telepsicológica debe incluir para responder a los factores y necesidades detectados.

Tipo de estudio y diseño

Transversal y descriptivo (Cervantes et al., 2017).

Variables

Tabla 1

Definición de las variables de la Fase I

Categoría	Definición conceptual	Definición operacional
Factores de riesgo	“La existencia de una mayor probabilidad de observar una determinada consecuencia en un grupo expuesto a un factor determinado, en donde implica, cierta influencia, por lo que se distingue entre factores de riesgo proximales, mediales y distales” (Cova, 2004).	Respuesta otorgada por los expertos en el Guion de Entrevista para Psicólogos Especialistas en Terapia Infantil, en las preguntas: 13. ¿Qué factores estuvieron presentes y que influyeron para que se retrasará la búsqueda de atención especializada?; 14. ¿Qué influyó para que los padres o cuidadores buscaran atención?; 15. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la depresión infantil identificados en sus usuarios? ¿Y los factores de protección?; 20. ¿Cuáles son los

Tabla 1

Definición de las variables de la Fase I

Categoría	Definición conceptual	Definición operacional
		principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida identificados en sus usuarios? ¿Y los factores de protección?
Necesidades de atención psicológica	Dentro del proceso de atención psicológica, el usuario manifiesta de manera directa o indirecta sus necesidades al terapeuta, así como los objetivos que espera obtener como 1) información sobre el problema que presenta, 2) identificar los recursos con los que cuenta y 3) buscar la manera de solucionar dicho problema (Gómez, 2002).	Respuesta otorgada por los expertos en el Guion de Entrevista para Psicólogos Especialistas en Terapia Infantil, en las preguntas: 4. ¿Cuál es el principal motivo de consulta en el caso de estos usuarios?; 5. ¿Cuáles son las necesidades de atención psicológica manifestadas por los usuarios?; 6. ¿Cuáles son las necesidades de atención psicológica identificadas por usted?

Participantes

Muestreo

No probabilístico, de expertos (Cervantes et al., 2017).

Muestra

La muestra se conformó por cinco psicólogas, con experiencia en la práctica clínica y terapia infantil bajo el modelo cognitivo-conductual.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Se consideró a todo aquel participante que cumpliera con las siguientes características:

- Aceptar participar en la entrevista.
- Ser psicólogo y estar formado como terapeuta bajo el modelo cognitivo-conductual.
- Contar con práctica clínica en el campo de la Terapia Infantil.
- Contar con experiencia en la atención a la depresión e ideación suicida infantil.

Criterios de exclusión

Se excluyó a todo aquel participante que:

- No aceptara participar en la entrevista.
- Estar formado como terapeuta bajo otros modelos como sistémico, psicoanalítico, humanista o gestáltico.
- Contar con práctica clínica únicamente en la Terapia para adolescentes o adultos.

Criterios de eliminación

Se eliminó a todo aquel participante que:

- No autorizara la grabación de la entrevista.
- No finalizara la entrevista.

Instrumentos

Guion de Entrevista para Psicólogos Especialistas en Terapia Infantil

Consiste en una serie de preguntas que permiten indagar sobre las necesidades de atención psicológica, los síntomas más comunes y su etiología, factores asociados a la búsqueda y mantenimiento de la atención especializada y las principales técnicas de intervención más empleadas en niños con depresión e ideación suicida, así como en sus

familiares. Además, permite la evaluación cualitativa de la viabilidad, pertinencia y aceptabilidad de una propuesta de intervención familiar telepsicológica basada en técnicas cognitivo-conductuales y de Psicología Positiva con asistencia mínima del terapeuta a través de una página web para la regulación emocional en niños con sintomatología depresiva leve (ver Anexo 1).

A continuación, se presentan las áreas y los temas que se abordaron en la entrevista:

- Síntomas de depresión e ideación suicida (etiología y factores de riesgo, síntomas más frecuentes).
- Necesidades de atención psicológica (necesidades cognitivas, sociales, emocionales, conductuales y relacionadas con la crianza).
- Estrategias de intervención (técnicas de intervención dirigidas al niño y técnicas de intervención dirigidas a los familiares).
- Pertinencia de una propuesta de intervención telepsicológica familiar (accesibilidad, practicidad, viabilidad, estrategias existentes para población mexicana).

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cualitativos se consideró emplear el software ATLAS.ti para la codificación de las entrevistas y la creación de categorías, como una estrategia del análisis del discurso.

Procedimiento

Como inicio de la Fase I, se realizó la revisión de la literatura lo que permitió la construcción de marco teórico y la elaboración del Guion de Entrevista para Psicólogos especialistas en Terapia Infantil. Posteriormente, se realizó el contacto con los psicólogos especialistas en Terapia Infantil para la conformación de la muestra. Se seleccionaron a cinco psicólogas que demostraron conocimiento y práctica clínica en la atención de la depresión e ideación suicida infantil, a las cuales se realizaron las entrevistas de manera virtual a través la plataforma Zoom, las cuales fueron grabadas para posteriormente analizar las respuestas. Más adelante, se transcribieron las entrevistas para la elaboración de la matriz de categorías y la codificación de las respuestas para el análisis del discurso en el software ATLAS.ti. Se elaboró el diagrama que establece las relaciones entre las categorías

de las respuestas. Finalmente, se integró la información obtenida de la revisión de la literatura con el análisis del discurso de las entrevistas para realizar los Mapas teóricos de Patogénesis, de Fortalezas y de Alcance de metas para establecer las características a considerar en la siguiente fase de la investigación.

Consideraciones éticas

Esta fase de la investigación se realizó contando con la aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH (Comiteei.icsa ICSa149/2022).

Para la recolección de datos, se garantizó la participación voluntaria de los expertos. Previo al inicio de la entrevista, se informó a los expertos sobre el objetivo del estudio y el procedimiento a seguir y se solicitó la autorización explícita para la grabación de la sesión a través de la plataforma Zoom. Se aseguró la confidencialidad de los datos personales de los participantes, identificándolos en el análisis y reporte de resultados por su perfil profesional (ej. Especialista 1).

RESULTADOS FASE I

En las entrevistas realizadas participaron cinco psicólogas y terapeutas en Terapia Infantil, todas con experiencia en práctica clínica en terapia bajo el modelo cognitivo-conductual. En la Tabla 2 se presentan los grados académicos y los años de experiencia en el campo de la Terapia Infantil de las psicólogas entrevistadas.

Tabla 2

Grado académico y años de experiencia de los entrevistados.

	Grado académico	Años de experiencia en el campo de la Terapia Infantil
Especialista 1	Doctorado	20 años
Especialista 2	Especialista	10 años
Especialista 3	Maestría	10 años
Especialista 4	Doctorado	12 años
Especialista 5	Maestría	13 años

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas a las psicólogas se presentan de acuerdo a las áreas y los temas que se abordaron durante la entrevista:

Síntomas de depresión e ideación suicida

Etiología y factores de riesgo

Las psicólogas reportan que los síntomas de depresión e ideación suicida están asociados a factores de riesgo como los cambios significativos, principalmente aquellos que impliquen momentos de transición y adaptación para los niños y sus familias. Al respecto la Especialista 4 mencionó *“algún cambio significativo en su vida, como que cambien de casa o de escuela, algo que de alguna manera implique un momento de transición o de cambio, y a eso se le suma todo lo que han venido acumulando en el camino”*.

Además, mencionan que el divorcio y/o separación de los padres, la ausencia de los padres o la muerte significativa de un familiar son algunos de los factores detonantes para la sintomatología. La Especialista 2 comentó que *“uno de los trabajos que más he realizado es la intervención en niños que han pasado por el divorcio de sus papás, entonces, desde mi experiencia eso ha sido un detonante fuerte para la sintomatología de depresión e ideación suicida”*. La Especialista 4 consideró relevante *“la relación con los papás, que a*

veces los papás están separados, divorciados o están teniendo muchos conflictos entre ellos, y entonces, los niños asumen el rol de intentar unirlos pero generan mucha frustración en no tener la capacidad de hacerlos y, a veces ellos tienen la fantasía de que ellos son los culpables de los problemas que hay entre sus papás, porque claro, eventualmente los papás están con la idea de <<bueno, te toca cuidarlo>> y pareciera que se quieren deshacer de él en ciertos momentos, y entonces se genera esa sensación de <<si no estuviera yo, ellos no estarían peleando y no tendría que pasar todo esto que está sucediendo>>, la sensación de ser una carga <<están gastando en mí>>, entre más pegado a la adolescencia, tienen más esta sensación de que <<están gastando un montón en mí>>, sobre todo empezando un proceso terapéutico”.

En cuanto a los factores hereditarios, las especialistas consideran que, sí pueden determinar la presencia de la sintomatología, sin embargo, los factores familiares y del entorno tienen mayor influencia. Otro factor de riesgo importante es la dificultad de los padres para gestionar sus pensamientos y emociones que repercuten en la interacción con el niño. Al respecto la Especialista 4 indicó que *“comentaba este factor que tiene que ver con algo hereditario, también la cotidianidad de que los padres también estén mostrando cómo gestionar sus emociones o bueno cómo expresarlas, más que gestionarlas debido a que no muchos saben cómo hacerlo... a veces pasa que los mismos padres han tenido historia de autolesiones o de intentos suicidas y aunque no los hayan conversado directamente con los hijos, pero es como parte de su historia familiar, entonces, esto es otro de los factores relevantes”*. La cercanía con la etapa de la pubertad y la adolescencia también puede desencadenar los síntomas.

Los estilos de crianza también implican un factor relevante, debido a que pueden influir en la manera en que se constituyen las características individuales, en ese sentido la Especialista 3 explicó que *“la autocrítica severa que puede ser promovida un poco por los estilos de crianza que ejercen los padres sobre ellos”*. Además, de la dificultad que tienen los padres para ayudar a los niños a gestionar sus emociones, de acuerdo a la Especialista 1 mencionó que *“una invalidación emocional por parte de los padres, como esta dificultad de los padres para poder manejar no solo la conducta, sino las emociones de sus hijos... El principal detonante es que los padres no tienen estas habilidades para poder enseñarles a reconocer y validar la parte emocional”*.

En cuanto a los factores sociales, los contextos violentos a los que pueden estar expuestos como en la escuela con el acoso escolar o bullying, así como en las comunidades

donde pueden observar diferentes problemáticas, la manera en que esto se ha vuelto tan cotidiano y que cada vez se exponen a edades más tempranas. Al respecto la Especialista 5 mencionó *“los niños observan armas, peleas, cuestiones de drogadicción, de violencia contra las otras personas de manera cotidiana y entonces están muy permeados de todo eso y es muy fácil que en edades tempranas se observen estos comportamientos”*.

De igual manera, las especialistas consideraron que hubo un aumento de los síntomas a partir de la pandemia por COVID-19. El aumento del uso incorrecto de las redes sociales y la interacción negativa con los pares también influye en la aparición de los síntomas. La Especialista 3 mencionó que *“la interacción con otros niños o adolescentes, sobre todo en cuanto a las redes sociales donde están buscando una aceptación de sus pares y, además este hecho de que haya tantos filtros y que tu pertenecía dependa de un like, o de que seas visto o de que seas viral”*.

Síntomas más frecuentes

Para identificar los síntomas más frecuentes, se clasificaron de acuerdo a la literatura en emocionales, cognitivos, conductuales, físicos y sociales.

En cuanto a los síntomas emocionales, las especialistas reportan que observan con mayor frecuencia la dificultad de los niños para regular y gestionar emociones desagradables y los cambios repentinos del humor. Al respecto la Especialista 1 mencionó que observa *“las emociones desagradables como tristeza, irritabilidad, como enojo serían las principales”*, en cuanto a la Especialista 2 refirió que *“en mi experiencia, yo he trabajado principalmente cambios de humor, como de repente parece que está bien y de repente tiene respuestas muy golpeadas o se pone a llorar, como estos cambios de humor que se pueden ver como muy repentinos y que los papás consideran que no son acordes a la situación”*.

Con respecto a los síntomas cognitivos, las especialistas observaron la dificultad para prestar atención, pensamientos desadaptativos, desesperanza y deterioro cognitivo. En ese sentido la Especialista 5 mencionó *“se observa que hay un deterioro cognitivo, e incluso, en algunos pacientes en los cuales se les ha aplicado evaluaciones referentes a esta parte neuropsicológica, donde se puede ver que su desempeño se ve por debajo que sin estos síntomas estaría. Se ha demostrado que viene derivado de esta sintomatología y no porque haya algún retraso a nivel cognitivo o que haya alguna discapacidad, sino que la sintomatología hace que no tengan la atención adecuada y por lo tanto la memoria*

adecuada. Sí se observa que pueda haber algunas dificultades relacionadas con la atención y con la memoria, que sin duda son factores que están involucrados en el aprendizaje”.

Dentro de los síntomas conductuales se mencionaron los problemas de conducta, aislamiento social, dificultad para seguir indicaciones e impulsividad. En ese sentido, la Especialista 2 indicó *“también esta parte del aislamiento, no querer hacer cosas o simplemente nada más querer estar en las tablets, que ahora es muy común que los niños tengan tablet o computadora y solamente quieran estar jugando y no quieran hacer muchas cosas”.*

Malestares físicos como dolores de cabeza o de estómago, problemas en la piel, dificultades para el control de esfínteres y para conciliar el sueño, son algunos de los síntomas físicos reportados por las especialistas. La Especialista 3 comentó *“puedo observar mucho la dificultad para conciliar el sueño o que presentan pesadillas o que reportan que a pesar de que han dormido se sienten muy cansados al despertar y eso también les impide realizar otras actividades de su día a día”.*

Las dificultades en la interacción social, problemas en la escuela o con familiares y cuidadores son algunos de los síntomas sociales observados. La Especialista 4 comentó que *“observo algunos problemas de interacción con otras personas, de habilidades interpersonales que complican aún más las cosas”.*

Necesidades de atención psicológica

Para reconocer las necesidades de atención psicológica, se clasificaron en emocionales, cognitivas, conductuales, sociales y relacionadas con la crianza.

En cuanto a las necesidades emocionales y cognitivas, las especialistas comentaron que los niños manifiestan la necesidad de regular sus emociones desadaptativas que se encuentran asociadas a las distorsiones cognitivas. Los pensamientos autocríticos con ser perfeccionista o de cómo debería ser, desencadenan el malestar emocional. En ese sentido la Especialista 3 mencionó *“he visto mucho que está relacionado con una necesidad de perfeccionismo, de alcanzar metas que de pronto podrían parecer un poco inalcanzables porque se van hacia el querer ser perfectos, el querer ser los mejores y entonces eso los termina agotando al no poder cumplir con esas expectativas”.*

Con respecto a las necesidades conductuales, las especialistas refieren principalmente a los padres, dado que ellos observan los cambios conductuales en los niños

asociados al rendimiento académico. Por ejemplo, la Especialista 2 mencionó que *“principalmente es más enfocado al motivo de consulta como tipo <<¿por qué está bajando de calificaciones>>, entonces ayúdame a ver cómo puede hacer más la tarea o que no esté todo el día encerrado viendo videos”*.

En las necesidades sociales, las especialistas observaron que los niños quieren modificar la interacción con sus familiares o sus pares. Por ejemplo, la Especialista 3 reportó *“buscar tener herramientas para enfrentar sobre todo situaciones en donde se ponen en duda sus capacidades, es decir cuando se enfrentan a retos a nivel social, ellos se sienten con pocas habilidades para poder enfrentarlos”*.

Por último, las necesidades relacionadas a la crianza las cuales están mayormente reportadas por los padres, se observa la necesidad de los padres por saber qué hacer ante los síntomas de los niños y de querer mejorar la interacción entre padres-hijos. La Especialista 2 mencionó *“piden que interactúen más, los padres dicen <<quiero que interactúe más conmigo porque siento que se está aislando mucho>>”*.

Estrategias de intervención

Técnicas de intervención dirigidas al niño

Las principales técnicas de intervención dirigidas a los familiares utilizadas por las especialistas son la Psicoeducación, Entrenamiento en Regulación Emocional, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Entrenamiento en Solución de Problemas. La Especialista 1 comentó *“lo inicial sería psicoeducar al pequeño, después entrar en el proceso de validación y regulación de emociones. Que reconozcan las emociones, que la validen y que aprendan estrategias para poder regularlas, ese sería el primer punto. Bueno también entrar en factores como la reestructuración cognitiva, para modificar un poco algunas cogniciones presentes en torno a la parte de la depresión y quizás en algún momento brindar habilidades sociales para afrontar las situaciones que lo están detonando o que favorezcan a la presencia de estos síntomas”*. La Especialista 5 mencionó *“una de las principales estrategias es la reestructuración cognitiva, que no ayude a que los niños comiencen a identificar los errores de pensamiento que presentan y poder cambiarlos por pensamientos más saludables. Si bien que no queremos que todo lo vean todo color de rosa, porque eso sería un falso optimismo, queremos que puedan aprender que a pesar de que en la vida va a haber situaciones que pudieran ser difíciles o*

complicados, que ellos pueden obtener un aprendizaje o podrían buscar diferentes alternativas para solucionar esos problemas y que justo viene también de la mano de entrenarlos en la solución efectiva de problemas y de comunicación asertiva, así como de regulación emocional, que ellos identifiquen cómo es que se están sintiendo, por qué se están sintiendo así y tengan alternativas diferentes para autorregular esas sensaciones”. Finalmente, también consideran relevante la manera en cómo deben de realizarse las actividades para que éstas le resulten agradables a los niños. Por ejemplo, la Especialista 4 comentó al respecto *“Tiene que ver mucho con juegos, entonces, hago una combinación entre cosas lúdicas y de la parte de estrategias”*.

Técnicas de intervención dirigidas a los familiares

Las principales técnicas de intervención dirigidas a los familiares utilizadas por las especialistas son la Psicoeducación y el Entrenamiento en Regulación Emocional, así como la orientación con respecto a los Estilos de Crianza y el desarrollo de habilidades de Solución de Problemas para el manejo de síntomas del niño en casa. Al respecto, la Especialista 1 mencionó *“psicoeducación para informar esto y la parte también de la regulación emocional, cómo lo llevan ellos y cómo lo pueden trabajar con los pequeños. En algunos casos, también el entrenamiento en habilidades, la parte asertiva, la resolución de problemas para poder enfocarse en las situaciones que se presentan día a día con el pequeño”*. La Especialista 3 indicó *“Es muy importante darles herramientas con respecto a la disciplina positiva, uno sería la psicoeducación para que conocieran y supieran de qué se trata esta sintomatología... La parte de comunicación asertiva, es muy importante también, para que ellos puedan tener un nuevo acercamiento desde otra perspectiva e incluso puedan llegar a generar una negociación con los chicos”*. En cuanto a la especialista 4 mencionó *“la propuesta es trabajar estos síntomas que usualmente, son estos bloques habilidades interpersonales, tolerancia a la frustración, regulación emocional y en esta parte de la atención, procuramos mindfulness y que, además van algunas estrategias de modificación de la conducta para ellos como papás”*.

Pertinencia de una propuesta de intervención telepsicológica familiar

Pertinencia y Viabilidad

Las especialistas consideran que una intervención telepsicológica familiar puede ser una opción práctica debido a la familiarización de los niños con el uso de dispositivos

electrónicos. La Especialista 2 comentó “yo creo que sí, principalmente por el uso de la tecnología en los niños está sumamente extendida, los niños ya manejan la tecnología de una manera muy avanzada”. La importancia de mudar los servicios de atención psicológica a los dispositivos electrónicos, al respecto, la Especialista 5 comentó *“no lo concebía como que fuera posible, habitualmente, lo pensamos en que sea una intervención uno a uno, pero, por ejemplo, pensando en todo lo que pasó a nivel de pandemia, que se truncó mucho el trabajo personal, sí podría ser una buena herramienta, siempre y cuando si fuera como muy puntual, cómo es que ellos podrían autoaplicar o autodirigirse estas estrategias”*. También puede ser viable como una herramienta que ponga a disposición los recursos terapéuticos para los usuarios o que sea una opción complementaria al tratamiento, al respecto la Especialista 4 comentó *“lo que sí pienso que podría ser muy útil en esos casos que la parte que propone la terapia dialéctica conductual, en ese grupo de habilidades se haga desde una plataforma y la parte de terapia individual se haga pues como terapia individual, cara a cara, o al menos en tiempo real, específicamente terapeuta con el o la menor que están implicados, creo que sería mucho más viable empezar por allí”*.

Sin embargo, consideraron que podrían existir algunas desventajas de intervención telepsicológica familiar si es de carácter autodirigido, como la dificultad de brindar retroalimentación o la pérdida de información valiosa que se da en el proceso terapéutico, así como también que no es una opción que pueda sustituir al terapeuta. En ese sentido la Especialista 3 comentó “no podría ser una herramienta que va a sustituir, insisto, creo que podría ser un acompañamiento o como una herramienta extra que ayude mientras que está en el proceso terapéutico, pero no como una sustitución del trabajo que se puede hacer de manera con un profesional estando ahí... puede impedir el contacto con el paciente donde se pierden muchas cosas que en el trabajo terapéutico presencial”. Además de considerar las características de la población objetivo, debido a que los síntomas propios de la depresión e ideación suicida infantil pueden obstaculizar la adherencia al tratamiento y la flexibilidad cognitiva para garantizar el aprendizaje. Por ejemplo, la Especialista 4 comentó *“para el menor en sí lo veo un poco difícil, o sea habría que ser muy hábiles, como generar algoritmos muy geniales, de tal manera que pudiese dar una retroalimentación en torno a la problemática particular de cada uno de los usuarios, yo creo que ahí radicaría la dificultad que puede ser como muy variado, muy diferente entre un niño y otro, aunque compartan sintomatología o niveles de depresión e impulsividad, estas cuestiones particulares que les genera malestar y estas cuestiones cotidianas que les desatan las crisis son muy diferentes,*

entonces, tanto para hacer algo así en plataforma, creo que ahí ese punto en particular sería muy difícil”.

Conocimiento sobre estrategias existentes dirigidas a población mexicana

Cuatro de las cinco especialistas entrevistadas comentaron no conocer ninguna estrategia para población mexicana que tuviera la característica de ser una intervención familiar telepsicológica de carácter autodirigido o híbrida para el manejo de síntomas depresivos e ideación suicida en niños. Al respecto la Especialista 1 agregó *“no, pero considero que podría ser de mucha utilidad, por ejemplo, se podría ganar tiempo pensando en que pudieran empezar a trabajarlo, en darles habilidades quizás más básicas o generales, justo limitaría un poco la parte del acceso a la terapia por problemas económicos o problemas de tiempo o distancia, por lo que podría ser muy bueno en este aspecto. Sí, por supuesto consideraría que dependiendo de a lo mejor como la gravedad de los síntomas, en algún momento fuera consultado o canalizado con un terapeuta o especialista que pudiera dar un seguimiento más específico”*. En cuanto a la Especialista 4, quien hizo referencia a intervenciones en otros países comentó *“Sí, hay una página que se llama Child Mind Institute que tiene una serie de artículos, manuales y documentos cómo clínicos, pero desde lo psicoeducativo, y que constante sacan información nueva, está en varios idiomas. Hay otra en Australia donde inclusive hay instrumentos psicométricos que se pueden revisar, están en inglés... Son las dos que recuerdo que contienen información para menores de edad, donde podemos encontrar información y donde pueden vincularse los papás para despejar dudas y revisar alternativas en lo clínico”*.

En la Figura 4 se describe la relación de las categorías obtenidas de acuerdo a las respuestas de las entrevistas realizadas a las psicólogas de acuerdo al análisis del discurso. Dicha red relaciona las necesidades de atención psicológica con los principales síntomas observados y los factores asociados a los síntomas de depresión e ideación suicida infantil, así como las técnicas más empleadas para su abordaje, considerando aquellas dirigidas hacia el niño y las dirigidas hacia los familiares o cuidadores. De igual manera, la pertinencia y viabilidad complementa la red elaborada a partir del software ATLAS.ti.

Se consideró la teoría de Formulación de Caso (Nezu et al., 2006), la cual estaba basada en que a partir de un conjunto de hipótesis derivadas de las variables que operan como causas, detonadores o factores que ocasionan o previenen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo, las cuales permiten elaborar pictográficamente la formulación de caso.

Una de las estrategias pictográficas es el Mapa Clínico de Patogénesis, que implica una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado. Se compone de cinco elementos:

- Variables distantes: factores históricos o del desarrollo que pueden causar vulnerabilidad o trastornos psicológicos. Son estáticas, ya que no cambian por sí mismas, pero ayudan a entender mejor los problemas del usuario.
- Variables de antecedentes: incluyen factores relacionados con el paciente y el ambiente que actúan como desencadenantes de síntomas o comportamientos problemáticos.
- Variables orgánicas: incluyen factores cognitivos, emocionales, conductuales, biológicas y sociales del individuo, que actúan como mediadores de la respuesta, de tal modo que determinan la fuerza o la dirección de la relación entre una variable antecedente y una de respuesta.
- Variables de respuesta: ciertas variables de resultados instrumentales relacionadas con el paciente que se asocian de manera estrecha a una de las metas de resultados finales del paciente o al conjunto de síntomas angustiantes que constituyen los resultados finales mismos.
- Variables de consecuencia: factores del individuo y del ambiente que reaccionan a una variable de respuesta. Pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que la respuesta ocurra nuevamente, mediante refuerzos y castigos positivos y negativos.

El Mapa Clínico de Fortalezas emplea una lógica similar al Mapa Clínico de Patogénesis en cuanto a la presentación de las variables, sin embargo, se enfoca en aquellas características y factores de protección que interactúan para la prevención o recuperación de un trastorno mental (Valencia & Ruíz-Elnecape, 2013).

Por otro lado, el Mapa de Alcance de Metas presenta al principio una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes (es decir, obstáculos para alcanzar una meta) y

metas de resultados finales (es decir, objetivos del tratamiento) seleccionados ya durante el proceso de toma de decisiones, por lo que esta representación gráfica opera como la base sobre la cual se identifican las estrategias de intervención posibles que al final permitan alcanzar las metas (Nezu et al., 2006).

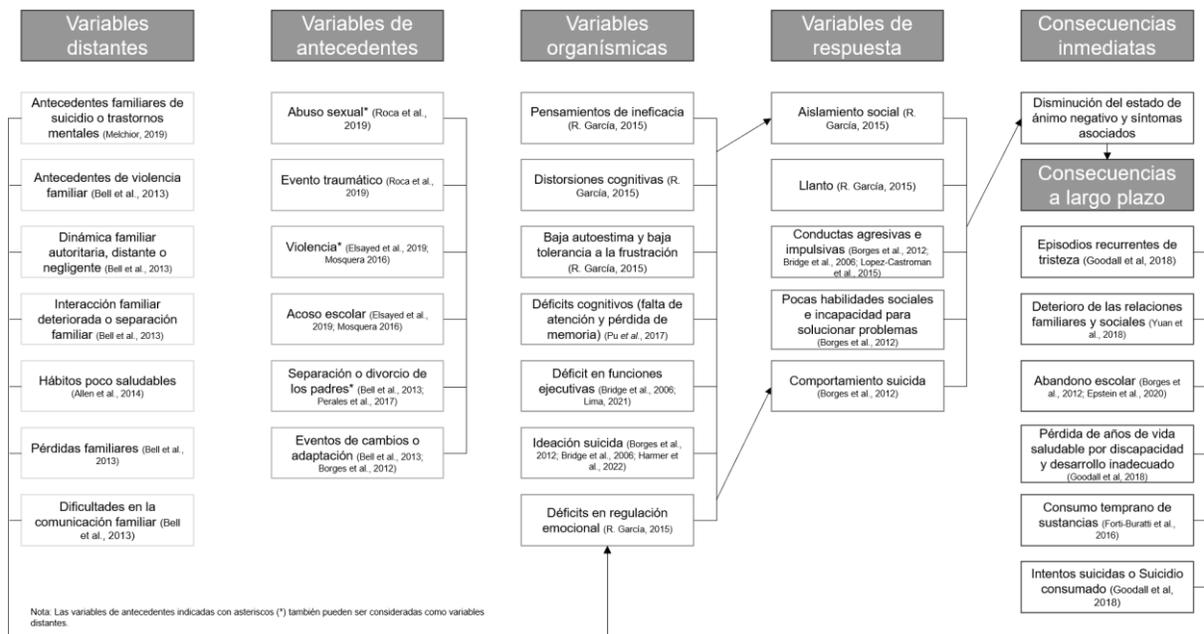
Mapa teórico de patogénesis

Al momento de realizar esta fase de la investigación no se contaban con niños y padres participantes para la obtención de variables reales que permitieran la elaboración de los mapas, por lo que se integró la información recabada de los especialistas con la información disponible en la literatura para la elaboración de los mapas teóricos. En el Mapa teórico de patogénesis del niño (ver Figura 5) se identifica principalmente los antecedentes de suicidio o trastornos mentales, violencia familiar, dinámicas familiares autoritarias, distantes o negligentes, separación o pérdidas, hábitos poco saludables y dificultades en la comunicación (Allen et al., 2014; Bell et al., 2013; Melchior, 2019). En las variables antecedentes se reconoce el abuso sexual, la vivencia de un evento traumático p violencia, acoso escolar, separación o divorcio de los padres y eventos de campo o adaptación (Bell et al., 2013; Borges et al., 2012; Elsayed et al., 2019; Mosquera, 2016; Perales et al., 2017; Roca et al., 2019), son aquellos que podrían desencadenar alguna problemática de salud mental. Las variables organísmicas cognitivas, emocionales, conductuales, biológicas y sociales, principalmente, síntomas relacionados a la depresión infantil, los cuales podrían desencadenar variables de respuesta como dificultades en la interacción o conductas impulsivas, teniendo como consecuencias inmediatas la disminución de los síntomas depresivos (Borges et al., 2012; Bridge et al., 2006; R. García, 2015; Harmer et al., 2022; Lima, 2021; Lopez-Castroman et al., 2015; Pu et al., 2017), pero que si el niño no recibe la atención necesaria puede ocasionar consecuencias negativas a largo plazo (Borges et al., 2012; Epstein et al., 2020; Forti-Buratti et al., 2016; Goodall et al., 2018; Yuan et al., 2018).

Figura 5

Mapa teórico de patogénesis de niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).

Elaboración propia.

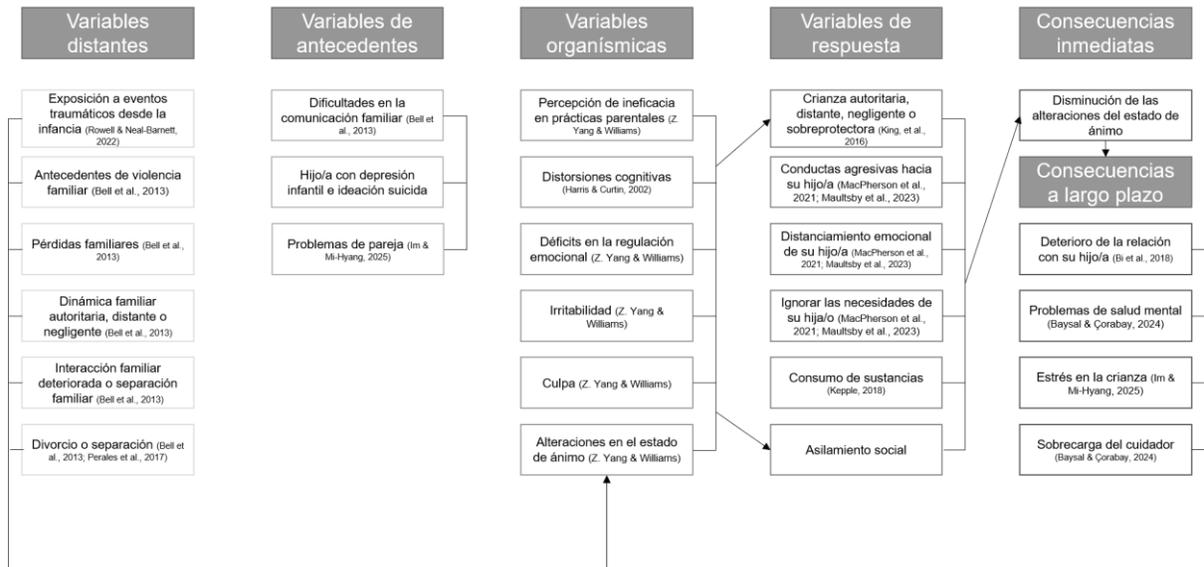


En cuanto al Mapa teórico de patogénesis del padre o la madre (ver Figura 6), la exposición a la violencia y a eventos traumáticos desde la infancia pueden suponer variables distantes. Tener un hijo con problemas de sintomatología depresiva puede ser una variable de antecedente que desencadene las variables orgánicas como percepción de ineficacia en prácticas parentales, lo que generará malestar emocional y si presenta dificultades para la regulación emocional, presenta variables de respuesta como conductas agresivas hacia el hijo o estilos de crianza autoritarios, distante o negligente. Además, las consecuencias a largo plazo podrían ocasionar problemas de salud mental y deterioro en la convivencia con su hijo, manteniendo o exacerbando la sintomatología en el menor (Baysal & Çorabay, 2024; Bi et al., 2018; Harris & Curtin, 2002; Im & Mi-Hyang, 2025; Kepple, 2018; King et al., 2016; MacPherson et al., 2021; Maultsby et al., 2023; Rowell & Neal-Barnett, 2022; Z. Yang & Williams, 2021).

Figura 6

Mapa teórico de patogénesis del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).

Elaboración propia.



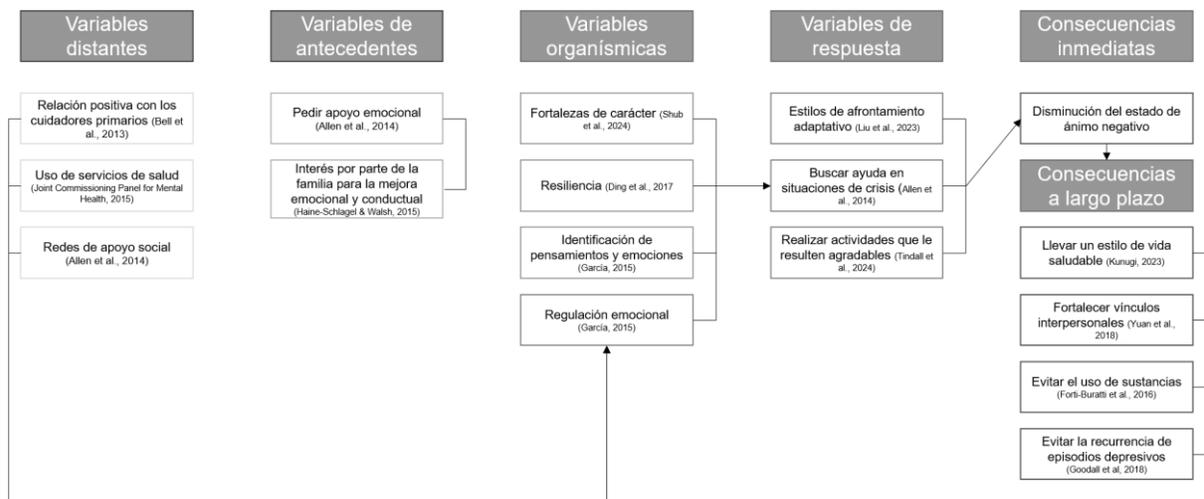
Mapa teórico de fortalezas

Dentro del Mapa teórico de fortalezas en el niño (ver Figura 7), factores positivos como la relación positiva con los padres y otras redes de apoyo pueden ser variables distantes. Dentro de las variables antecedentes, el hecho de que haya interés por parte de la familia para la mejora emocional y conductual puede ser un factor importante para retrasar o prevenir síntomas. Las variables orgánicas como las fortalezas de carácter, la resiliencia y la identificación de pensamientos y emociones pueden ocasionar variables de respuesta como estilos de afrontamiento adaptativo y la regulación emocional, de igual manera, sus consecuencias inmediatas implicarán la disminución del estado de ánimo negativo, no obstante, las consecuencias a largo plazo son positivas como fortalecer vínculos interpersonales o evitar la recurrencia de los episodios depresivos (Allen et al., 2014; Bell et al., 2013; Ding et al., 2017; Forti-Buratti et al., 2016; R. García, 2015; Goodall et al., 2018; Haine-Schlagel & Walsh, 2015; Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2015; Kunugi, 2023; Liu et al., 2023; Shub et al., 2024; Tindall et al., 2024; Yuan et al., 2018).

Figura 7

Mapa teórico de fortalezas del niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006), desde la adaptación de Valencia y Ruíz-Elnecape (2013).

Elaboración propia.

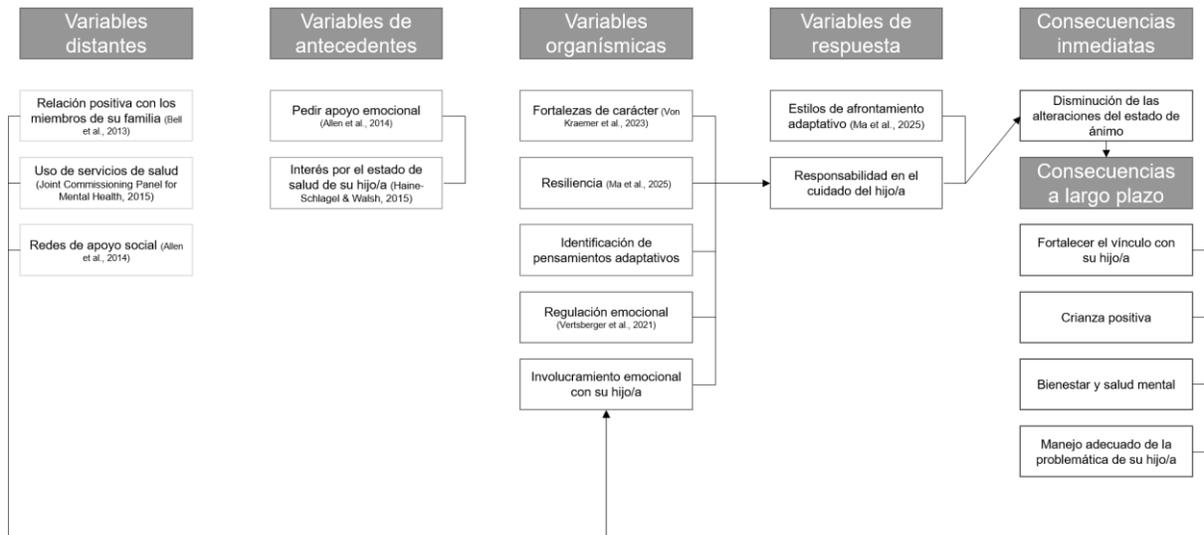


Con respecto al Mapa teórico de fortalezas del padre o la madre (ver Figura 8), tanto el uso de los servicios como las redes de apoyo serán consideradas variables distantes. La variable antecedente como el interés por el estado de salud de su hijo, puede ocasionar variables orgánicas y de respuesta positivas, para ejercer un estilo de afrontamiento adaptativo que le permita ser responsable del cuidado de su hijo e involucrarse sentimentalmente, fortaleciendo el vínculo a largo plazo y manejando adecuadamente la problemática que pueda estar presente en el niño (Allen et al., 2014; Bell et al., 2013; Haine-Schlagel & Walsh, 2015; Joint Commissioning Panel for Mental Health, 2015; Ma et al., 2025; Vertsberger et al., 2021; Von Kraemer et al., 2023).

Figura 8

Mapa teórico de fortalezas del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006), desde la adaptación de Valencia y Ruíz-Elnecave (2013).

Elaboración propia.



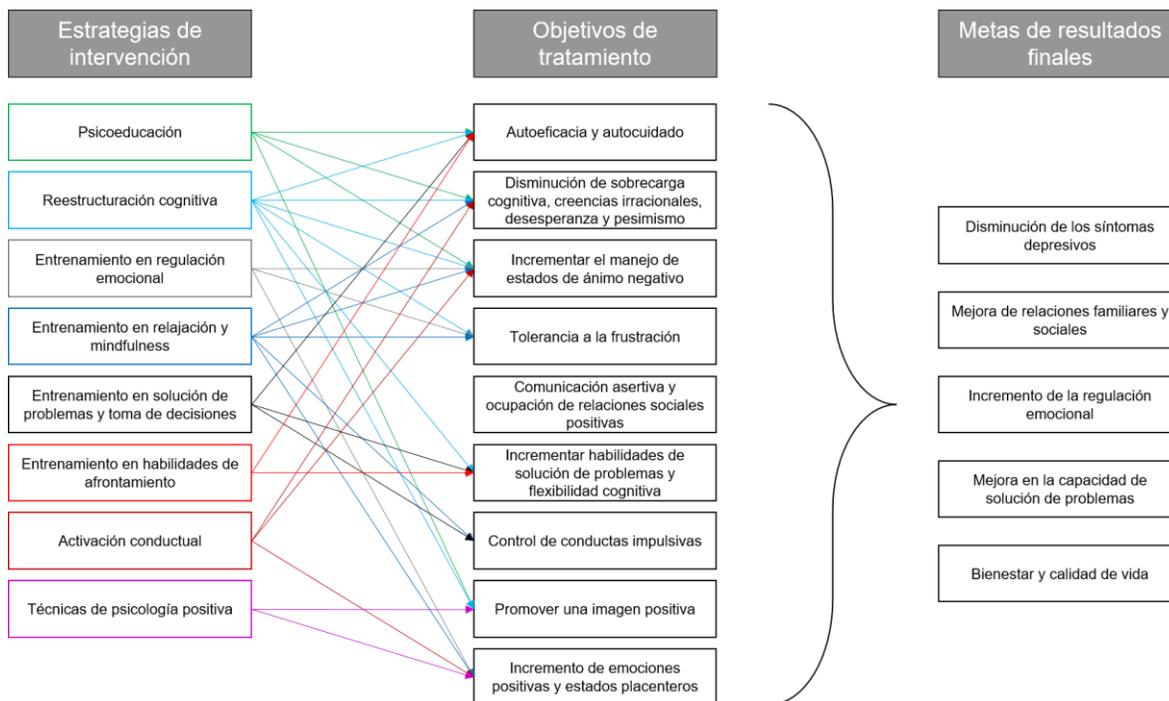
Mapa de alcance de metas

De acuerdo a lo identificado en la literatura sobre las variables intervinientes y las principales técnicas de intervención, se elaboró el Mapa de alcance de metas en el niño (ver Figura 9), por lo que se identificó pertinente orientar los objetivos de una intervención a la promoción de la regulación emocional como la principal estrategia para la disminución de los síntomas depresivos en niños, mejorar las redes de apoyo e impactar en el bienestar y la calidad de vida. Para lograr estos objetivos, se pueden emplear diferentes técnicas desde la Terapia Cognitivo-Conductual y de Psicología Positiva.

Figura 9

Mapa de alcance de metas del niño, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).

Elaboración propia.

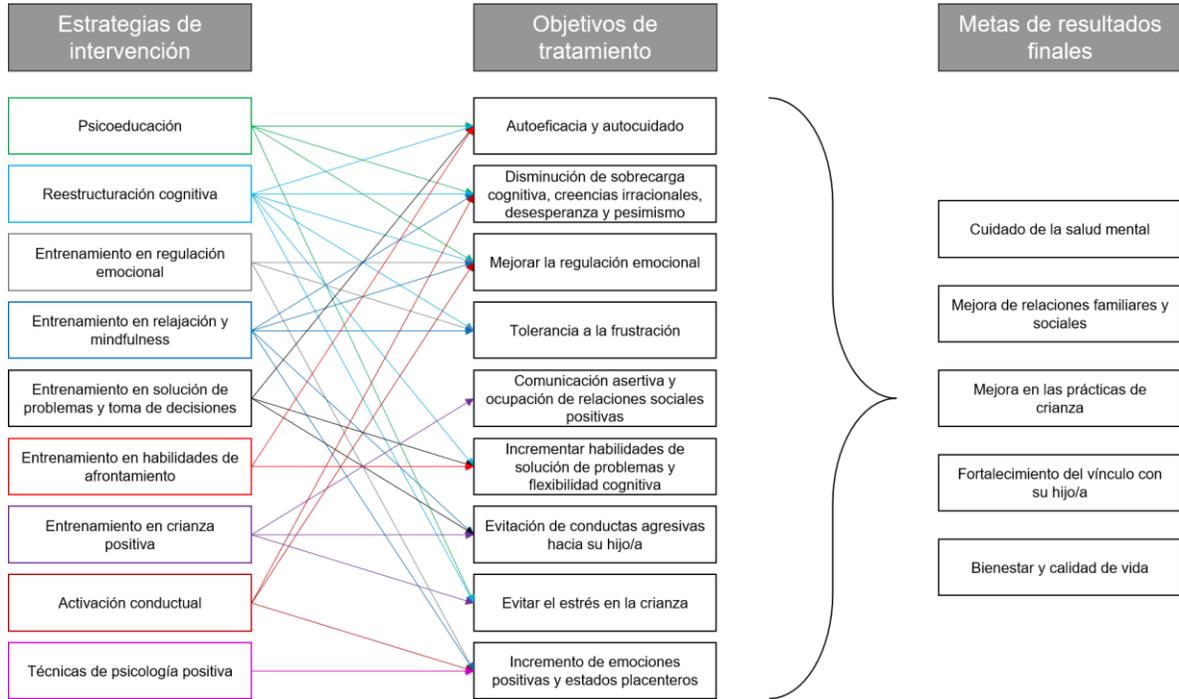


Mientras que en el padre o la madre (ver Figura 10), los objetivos estarán encaminados a la promoción de una crianza positiva que permita mejorar sus prácticas parentales y la interacción con su hijo. Al emplear estas técnicas en la díada o tríada familiar, es posible impactar positivamente en el bienestar y la calidad de vida, así como en promover el cuidado de la salud mental y los hábitos saludables.

Figura 10

Mapa de alcance de metas del padre o la madre, basado en la teoría de Nezu y colaboradores (2006).

Elaboración propia.



MÉTODO FASE II

Planteamiento del problema

La Fase I de este estudio permitió identificar y priorizar los fundamentos teóricos y prácticos necesarios para el diseño de una intervención telepsicológica al detectar los factores de riesgo (depresión infantil) y las necesidades de atención psicológica (promoción de la regulación emocional) en niños y sus familias. Sin embargo, la finalización de dicha fase plantea un nuevo problema metodológico: el desafío de la traducción, diseño y adaptación de los contenidos temáticos, así como la operacionalización y estructuración de los hallazgos en un elemento tecnológico y tangible con carácter terapéutico.

La literatura sobre las intervenciones telepsicológicas demuestra que no es suficiente con la digitalización de manuales terapéuticos, lo que está asociado a las bajas tasas de adherencia al tratamiento y al alto porcentaje de abandono. Específicamente en población infantil, la traducción de técnicas abstractas (por ejemplo, reestructuración cognitiva) a un formato autodirigido basado en la gamificación, requiere de un diseño instruccional que integre principios pedagógicos adaptados a la etapa del desarrollo. La ausencia de este proceso de diseño sistemático puede ocasionar una brecha metodológica que incide directamente en los resultados esperados.

Para ello, es necesario estructurar los hallazgos de la Fase I para diseñar y desarrollar los componentes y materiales (textos, videos psicoeducativos, actividades lúdicas, historietas y juegos) que sean pedagógicamente correctos y atractivos para la población objetivo.

Para evitar que el prototipo desarrollado en este estudio esté sujeto a sesgos o falta de claridad y antes de proceder a una evaluación de usabilidad con los usuarios finales, es necesario asegurar la validez del contenido del material diseñado. La falta de esta validación por expertos es un punto ciego que puede invalidar las fases subsecuentes de la prueba del prototipo de la intervención telepsicológica.

En ese sentido, esta fase de la investigación responde a esta necesidad metodológica. Con la finalidad de diseñar y estructurar el prototipo de la intervención telepsicológica, para luego, someterlo a una validación por jueces expertos, para analizar objetivamente su pertinencia y garantizar que dicha intervención posea rigor científico en su diseño antes de ser evaluada por los usuarios finales.

Pregunta de investigación

¿Cómo se estructuraron los componentes, materiales y contenidos de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años, basándose en los hallazgos de la Fase I, y cuál es la validez de contenido de dicha intervención de acuerdo al análisis de jueces de expertos?

Objetivo general

Validar el contenido intervención telepsicológica diseñada bajo el modelo cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años a partir del método de jueceo de expertos.

Objetivos específicos

1. Estructurar los hallazgos de la Fase I para desarrollar los componentes, materiales y contenidos de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

2. Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años, para analizar su validez de contenido (objetivos, procedimiento y resultados esperados).

Tipo de estudio

Descriptivo (B. García, 2009).

Variables

Tabla 3

Definición de las variables de la Fase II

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención telepsicológica	Conjunto de técnicas de intervención cognitivo-conductual y de Psicología Positiva para la promoción de la regulación emocional en niños, presentadas a través de una página web con asistencia mínima del terapeuta, dirigida para niños.	Técnicas cognitivo-conductuales y de Psicología Positiva seleccionadas específicamente para el desarrollo de la intervención telepsicológica.
Validación por jueces expertos	Consiste en una opinión informada de personas que cuentan con una trayectoria y experiencia en el campo del conocimiento, quienes pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones con la finalidad de obtener la validez de contenido (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).	Puntuación obtenida en el cuestionario para jueces expertos para la validación de la intervención telepsicológica en los criterios: objetivos, técnicas, materiales y resultados esperados.

Hipótesis de trabajo

H: La intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años, diseñada a partir de los requisitos de la Fase I, alcanzará un consenso aprobatorio en su validez de contenido por parte de jueces expertos.

Participantes

Muestreo

No probabilístico, por expertos (Cervantes et al., 2017).

Muestra

Psicólogos con experiencia en la práctica clínica y Terapia Infantil bajo el modelo cognitivo-conductual, que demuestren formación académica y experiencia en el campo.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Se consideró a todo aquel participante que cumpliera con las siguientes características:

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- Ser psicólogo y estar formado como terapeuta bajo el modelo cognitivo-conductual.
- Contar con práctica clínica en el campo de la Terapia Infantil.
- Contar con experiencia en la atención a la depresión e ideación suicida infantil.

Criterios de exclusión

Se excluyó a todo aquel participante que:

- No aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- Estar formado como terapeuta bajo otros modelos como sistémico, psicoanalítico, humanista o gestáltico.
- Contar con práctica clínica únicamente en la Terapia para adolescentes o adultos.

Criterios de eliminación

Se eliminó a todo aquel participante que:

- No respondiera el Cuestionario para Jueces Expertos para la Validación de la intervención familiar telepsicológica.

Instrumentos

Cuestionario para Jueces Expertos para la Validación de la “Intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años” que consiste en una lista conformada por criterios que permite evaluar las características de la intervención y determinar si cumple con los criterios necesarios para ser considerada una intervención preventiva basada en evidencia, como los aspectos bioéticos, los objetivos terapéuticos, las técnicas y los materiales psicoeducativos adecuados (ver Anexo 2).

Análisis de datos

Para el estadístico inferencial de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario para Jueces Expertos para la Validación de la “Intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años”, se empleó la prueba *V* de *Aiken* para cuantificar el grado de acuerdo entre el panel de jueces expertos sobre la intervención y los intervalos de confianza, mediante el uso de R Studio.

Procedimiento

Para el diseño de la intervención, los materiales psicoeducativos y la página web, se realizó una revisión teórica para la selección de las técnicas cognitivo-conductuales y de Psicología Positiva, las cuales demostraron estar basadas en evidencia para el entrenamiento en regulación emocional y la prevención de la depresión infantil. Luego se diseñaron los componentes que conforman cada módulo, considerando las necesidades de atención psicológica y los factores de riesgo asociados a la depresión infantil detectados en la Fase I de esta investigación. Consecutivamente, se diseñaron los módulos y sus materiales psicoeducativos que serán incluidos en la página web. Se elaboraron los diagramas de flujo y los prototipos para la elaboración de la página web. Posteriormente, para la validación por jueces expertos, se realizó un vídeo para la presentación y explicación de la intervención telepsicológica donde se describieron cada una de las técnicas que se

emplearán, los objetivos terapéuticos, los materiales y las actividades de cada módulo. Este vídeo se envió por correo electrónico a los jueces expertos seleccionados para participar en la validación de la intervención, en conjunto con el Cuestionario para Jueces Expertos para la Validación de la “Intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años” a través de un formulario de Google®, que contenga el consentimiento informado (ver Anexo 3). Más adelante, los datos fueron analizados mediante el programa R Studio. Se realizaron ajustes a la propuesta de los contenidos de los módulos de intervención de acuerdo a los resultados de la evaluación de los jueces expertos. Con la carta descriptiva validada por los jueces expertos, se procedió al desarrollo en la web del prototipo empleando el lenguaje de programación Python en el programa Visual Studio Code para la edición del código. Posteriormente, el código de la página web fue subido a Python Anywhere, donde se puede interactuar con el prototipo, al cual se puede acceder mediante el siguiente enlace: <https://alelq28.pythonanywhere.com/>

Consideraciones éticas

Esta fase de la investigación se realizó contando con la aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH (Comiteei.icsa ICSa149/2022).

La participación de los jueces fue voluntaria y se formalizó mediante un proceso de consentimiento informado digital. Este consentimiento fue incluido al inicio del formulario de Google®. Se consideró como la confirmación de su acuerdo para colaborar en el estudio, garantizando el manejo ético y académico de la información proporcionada por los especialistas.

RESULTADOS FASE II

Para la presentación de los resultados preliminares de la Fase II, se considera pertinente realizarlo de acuerdo objetivos y el procedimiento, tomando en cuenta que la presente investigación se encuentra en el diseño y desarrollo de la intervención psicológica.

Se consideró el marco holístico eHealth Research Road Map (CeHRes) (van Gemert-Pijnen et al., 2011) para el desarrollo de tecnologías de apoyo a la atención a la salud como metodología para el diseño de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Para recabar la información correspondiente a la fase de investigación contextual, se inició con la revisión de la literatura para la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la depresión infantil. Además, se consideraron los resultados reportados por Lima (2021), donde se evaluaron los síntomas depresivos e ideación suicida en 127 estudiantes de primaria, de entre nueve y 12 años. De manera complementaria, se realizaron entrevistas con psicólogos-terapeutas especializados en depresión infantil, con la finalidad de identificar las necesidades de atención en los usuarios infantiles más comunes en consulta y reconocer la viabilidad del uso de la herramienta digital, mismos datos que fueron reportados en los resultados de la Fase I de esta investigación.

Para la fase de especificación de atributos, se establecieron los requerimientos que debe cubrir la herramienta digital con respecto a los objetivos, técnicas, contenidos, diseño, procedimientos y funciones, iniciando desde la información recolectada en la fase de investigación contextual. De acuerdo a las características, se consideró pertinente diseñar una página web que permita la aplicación de la intervención autodirigida. Luego, se seleccionaron las técnicas cognitivo-conductuales y de psicología para la regulación emocional en niños, lo que permitió la estructuración de la carta descriptiva de la propuesta de intervención telepsicológica y adecuada para ser autoaplicada en una página web. Posteriormente, se diseñó el diagrama de flujo que permite visualizar el proceso de la intervención dentro de la página web, considerando los aspectos éticos que garanticen la seguridad de los usuarios. Por último, se diseñó el pre prototipo de la página web.

Diseño de una propuesta de intervención telepsicológica

Para el diseño de la intervención, se consideró la información recabada en la Fase I de esta investigación y los mapas teóricos de patogénesis, de fortalezas y alcance de metas para elaborar los componentes y la carta descriptiva.

En la Tabla 4 se describe la carta descriptiva general de intervención dirigida hacia los niños y niñas de entre 9 a 12 años. Se consideraron 10 módulos divididos en dos o tres sesiones de una duración de entre 20 a 25 minutos. Para la implementación de las técnicas se hará uso de actividades, juegos y herramientas que resulten atractivas para los participantes.

Tabla 4

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los niños.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Módulo 1: Pensamiento, emoción y conducta	Objetivo: Motivar y guiar al participante en la identificación y comprensión de las diferencias entre pensamiento, emoción y conducta, destacando como estos componentes interactúan entre sí en su vida cotidiana. Descripción: A través de ejercicios interactivos y actividades reflexivas, el participante podrá reconocer cómo sus pensamientos pueden influir en sus emociones y comportamientos. Se utilizarán ejemplos concretos para ilustrar la interacción del pensamiento, emoción y conducta, que contribuye al malestar emocional. Principales técnicas empleadas: Psicoeducación y Técnicas de respiración y relajación Número de sesiones: 2
Módulo 2: Identificando y reconociendo emociones	Objetivo: Guiar al participante para la identificación de emociones, con el fin de fortalecer su habilidad para reconocer adecuadamente las emociones propias y de los demás en diferentes situaciones. Descripción: El módulo se divide en varias actividades interactivas y dinámicas diseñadas para facilitar el reconocimiento de emociones propias y de los demás en diferentes situaciones. Se le brindará información sobre las emociones básicas, así como la aceptación de aquellas emociones desagradables de sentir en la vida diaria. El participante explorará cómo las emociones pueden manifestarse en el cuerpo y en el comportamiento. Principales técnicas empleadas: Técnicas de identificación y reconocimiento de emociones, Técnicas de respiración y relajación Número de sesiones: 3

Tabla 4

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los niños.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Módulo 3: Regulación emocional	<p>Objetivo: Facilitar al participante el desarrollo de estrategias efectivas para modular y expresar sus emociones de manera adaptativa.</p> <p>Descripción: El módulo está diseñado para ayudar al participante a comprender y manejar sus emociones de manera más efectiva y adaptativa. Se abordarán diferentes emociones y se identificarán las situaciones desencadenantes asociadas a cada una de ellas. Se proporcionarán herramientas y estrategias para regularlas de manera adaptativa para desarrollar habilidades de autorregulación.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de regulación de emociones, Técnicas de respiración y relajación</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 4: Identificando y reconociendo pensamientos	<p>Objetivo: Guiar al participante en el proceso de identificación y reconocimiento de distorsiones cognitivas que alteran el estado emocional.</p> <p>Descripción: Durante este módulo, se utilizarán diferentes estrategias basadas en técnicas cognitivas, que permitan la exploración activa de pensamientos automáticos y la identificación de patrones de pensamientos desadaptativos, para facilitar la reestructuración cognitiva.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de reestructuración cognitiva</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 5: Reestructuración cognitiva	<p>Objetivo: Facilitar al participante la identificación y el cuestionamiento de pensamientos automáticos negativos asociados a distorsiones cognitivas, con el fin de promover la flexibilidad cognitiva y la adopción de pensamientos optimistas, realistas y adaptativos.</p> <p>Descripción: El módulo está organizado de tal manera que se explorará la comprensión de cómo los pensamientos automáticos y negativos influyen en el estado de ánimo y en el comportamiento. Se incluirán actividades prácticas para desafiar y cuestionar los pensamientos automáticos y se le enseñará al participante a considerar diferentes interpretaciones de una situación dada para generar un pensamiento más flexible.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de reestructuración cognitiva</p> <p>Número de sesiones: 3</p>

Tabla 4

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los niños.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Módulo 6: Enfrentando problemas	<p>Objetivo: Fortalecer la confianza y la eficacia del participante en su capacidad para afrontar y resolver problemas de manera efectiva, brindándole herramientas específicas que le permita enfrentar situaciones difíciles de manera exitosa.</p> <p>Descripción: Se proporcionará herramientas específicas para que el participante desarrolle habilidades prácticas que le permitan enfrentar situaciones difíciles con éxito. El módulo se estructura en torno a actividades interactivas y ejercicios prácticos que fomentan el desarrollo de habilidades de resolución de problemas y la toma de decisiones, mediante el reconocimiento de sus propias fortalezas y recursos.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 7: Mejorando interacción social	<p>la Objetivo: Facilitar al participante la identificación y comprensión de habilidades sociales, y motivarlo para desarrollar y aplicar estas habilidades de manera efectiva en diversas situaciones sociales.</p> <p>Descripción: Mediante la exploración de ejemplos concretos de situaciones sociales relevantes para el participante, se presenta la discusión de estrategias específicas para mejorar asertividad y habilidades de comunicación.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 8: Hábitos saludables y bienestar	<p>y Objetivo: Motivar al participante para que adquiera hábitos saludables que promuevan tanto su bienestar físico como mental.</p> <p>Descripción: Durante este módulo, se explorará y fomentará la incorporación de prácticas saludables como la actividad física, las horas adecuadas de sueño, manejo del tiempo libre y práctica de estrategias de relajación.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 9: Esperanza hacia el futuro	<p>Objetivo: Motivar al participante para la construcción de una perspectiva esperanzadora hacia el futuro, fomentando la identificación y exploración de metas alcanzables y significativas, promoviendo una actitud positiva y prosocial ante las adversidades.</p> <p>Descripción: Se utilizan actividades y ejercicios diseñados para ayudar al participante a reflexionar sobre sus fortalezas, valores y</p>

Tabla 4*Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los niños.*

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Módulo 10: Prevención de recaídas	<p>aspiraciones personales. A través de técnicas de visualización y narrativas positivas, se alienta al participante a imaginar un futuro lleno de posibilidades y oportunidades.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar</p> <p>Número de sesiones: 3</p> <p>Objetivo: Promover la consolidación de habilidades durante la intervención, con el fin de prevenir recaídas y mantener un estado emocional equilibrado a largo plazo.</p> <p>Descripción: Durante este módulo, se pretende reflexionar sobre el progreso realizado durante la intervención, destacando los logros alcanzados y reforzando las habilidades adquiridas. Finalmente, cerrar el tratamiento de manera gradual y positiva, estableciendo un plan de seguimiento y recursos para mantener y fortalecer los avances obtenidos, así como para brindar orientación y asistencia adicional en caso de ser necesario.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar</p> <p>Número de sesiones: 2</p>

Los módulos, objetivos y componentes de la intervención dirigida a los niños serán similares a la intervención dirigida hacia los padres, únicamente cambiará el orden del contenido y manera en cómo se presentarán las técnicas y las actividades, además de que a los padres se les brindará el entrenamiento en crianza positiva. En la Tabla 5 se describen los módulos dirigidos hacia los padres.

Tabla 5

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los padres.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Módulo 1: Pensamiento, emoción y conducta	<p>Objetivo: Motivar y guiar a los padres en la identificación y comprensión de las diferencias entre pensamiento, emoción y conducta, destacando como estos componentes interactúan entre sí en su vida cotidiana.</p> <p>Descripción: A través de ejercicios interactivos y actividades reflexivas, los padres podrán reconocer cómo sus pensamientos pueden influir en sus emociones y comportamientos. Se utilizarán ejemplos concretos para ilustrar la interacción del pensamiento, emoción y conducta, que contribuye al malestar emocional.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Psicoeducación y Técnicas de respiración y relajación</p> <p>Número de sesiones: 2</p>
Módulos 2 - 3: Crianza positiva	<p>Objetivo: Capacitar a los padres en el uso efectivo de estrategias de crianza positiva para promover un ambiente familiar saludable, y fomentar el desarrollo emocional y social positivo del niño.</p> <p>Descripción: Durante las sesiones, se les proporcionará a los padres información, herramientas y estrategias prácticas para cultivar relaciones afectivas sólidas con sus hijos, mediante el establecimiento de límites, mientras se fomenta la autonomía y responsabilidad del niño.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de entrenamiento en crianza positiva</p> <p>Número de sesiones: 6</p>
Módulos 4 - 5: Solución de problemas y habilidades sociales	<p>Objetivo: Desarrollar y fortalecer en los padres habilidades efectivas de solución de problemas y habilidades sociales, promoviendo prácticas de crianza positiva.</p> <p>Descripción: Se le brindará a los padres herramientas y recursos para identificar y abordar de manera constructiva y proactiva los desafíos en la crianza, promoviendo la asertividad, empatía y negociación.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de entrenamiento en crianza positiva, Técnicas en solución de problemas y habilidades sociales</p> <p>Número de sesiones: 6</p>
Módulo 6:	<p>Objetivo: Facilitar a los padres la identificación y el cuestionamiento de pensamientos automáticos negativos asociados a distorsiones</p>

Tabla 5

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los padres.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Reestructuración cognitiva	<p>cognitivas relacionados a la crianza, con el fin de promover la flexibilidad cognitiva y la adopción de pensamientos optimistas, realistas y adaptativos.</p> <p>Descripción: El módulo está organizado de tal manera que se explorará la comprensión de cómo los pensamientos automáticos y negativos influyen en el estado de ánimo y en el comportamiento. Se incluirán actividades prácticas para desafiar y cuestionar los pensamientos automáticos y se les enseñará a los padres a considerar diferentes interpretaciones de una situación dada para generar un pensamiento más flexible.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de reestructuración cognitiva</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 7: Regulación emocional	<p>Objetivo: Facilitar a los padres el desarrollo de estrategias efectivas para modular y expresar sus emociones de manera adaptativa en torno a la crianza.</p> <p>Descripción: El módulo está diseñado para ayudar a los padres a comprender y manejar sus emociones de manera más efectiva y adaptativa en situaciones relacionadas a la crianza. Se abordarán diferentes emociones y se identificarán las situaciones desencadenantes asociadas a cada una de ellas. Se proporcionarán herramientas y estrategias para regularlas de manera adaptativa para desarrollar habilidades de autorregulación.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de regulación de emociones, Técnicas de respiración y relajación</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 8: Hábitos saludables y bienestar	<p>Objetivo: Motivar a los padres para que adquieran hábitos saludables que promuevan tanto su bienestar físico como mental.</p> <p>Descripción: Durante este módulo, se explorará y fomentará la incorporación de prácticas saludables como la actividad física, las horas adecuadas de sueño, manejo del tiempo libre y práctica de estrategias de relajación. Así como herramientas y estrategias que pueden aplicar con el niño para fomentar dichos hábitos.</p> <p>Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar</p> <p>Número de sesiones: 3</p>
Módulo 9:	<p>Objetivo: Motivar a los padres para la construcción de una perspectiva esperanzadora hacia el futuro, fomentando la</p>

Tabla 5

Carta descriptiva general de los módulos dirigidos a los padres.

Número y nombre del módulo	Descripción general del módulo
Esperanza hacia el futuro	identificación y exploración de metas alcanzables y significativas, promoviendo una actitud positiva y prosocial ante las adversidades. Descripción: Se utilizan actividades y ejercicios diseñados para ayudar a los padres a reflexionar sobre sus fortalezas, valores y aspiraciones personales. A través de técnicas de visualización y narrativas positivas, se alienta a los padres a imaginar el futuro del niño lleno de posibilidades y oportunidades. Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar Número de sesiones: 3
Módulo 10: Prevención de recaídas	Objetivo: Promover la consolidación de habilidades durante la intervención, con el fin de prevenir recaídas y mantener un estado emocional equilibrado a largo plazo. Descripción: Durante este módulo, se pretende reflexionar sobre el progreso realizado durante la intervención, destacando los logros alcanzados y reforzando las habilidades adquiridas. Finalmente, cerrar el tratamiento de manera gradual y positiva, estableciendo un plan de seguimiento y recursos para mantener y fortalecer los avances obtenidos, así como para brindar orientación y asistencia adicional en caso de ser necesario. Principales técnicas empleadas: Técnicas de Psicología Positiva para la promoción del bienestar Número de sesiones: 2

Posteriormente, se diseñó el diagrama de flujo (ver Figura 11) que permita identificar cuál será el procedimiento de acceso en cinco etapas:

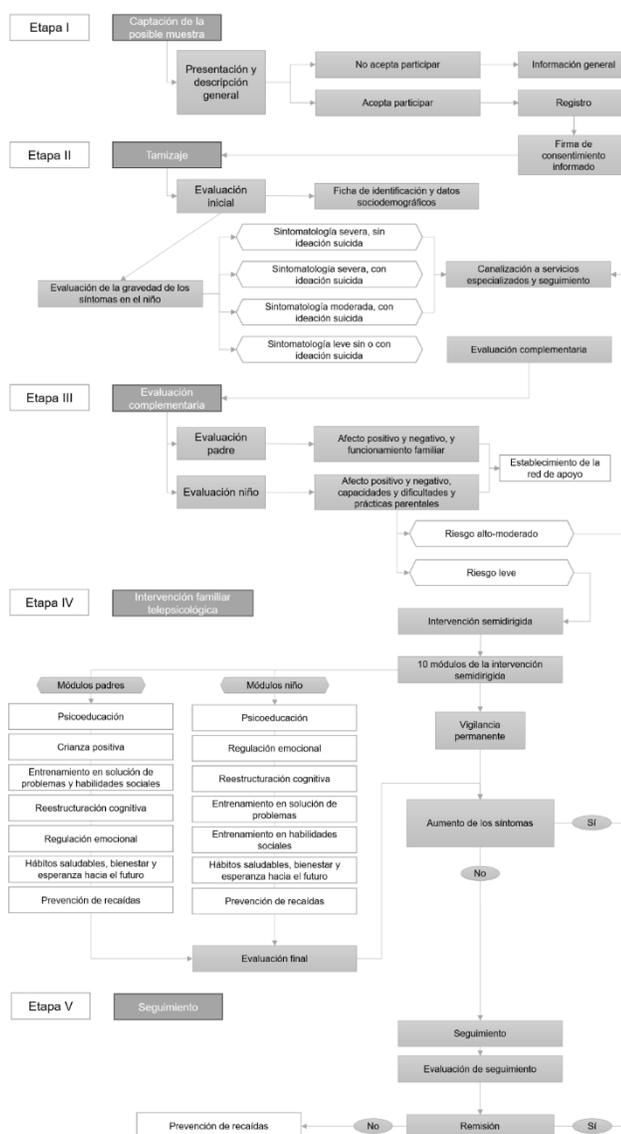
- Etapa I de Captación de la muestra: presentación, descripción de la intervención telepsicológica y aceptación de participación.
- Etapa II de Tamizaje: evaluación inicial de la severidad de los síntomas depresivos en el niño.
- Etapa III de Evaluación complementaria: evaluación de las variables del estudio y selección de los participantes de acuerdo a los criterios de elegibilidad.

- Etapa IV de Intervención telepsicológica: la manera en cómo se presentarán los módulos, el seguimiento constante para la identificación de los síntomas que requieran la canalización y la evaluación final.
- Etapa V de Seguimiento: evaluación de seguimiento y la prevención de recaídas.

Figura 11

Diagrama de flujo del procedimiento de la intervención familiar telepsicológica dentro de la página web.

Elaboración propia.



Durante las cinco etapas, se consideran los aspectos éticos para cuidar del bienestar y la seguridad de los participantes. A partir del diagrama de flujo, se prosiguió desarrollar los primeros preprototipo de la página web (ver Figuras 12-13).

Figura 12

Preprototipo 1 de la página web donde se implementará la intervención familiar telepsicológica

Elaboración propia.

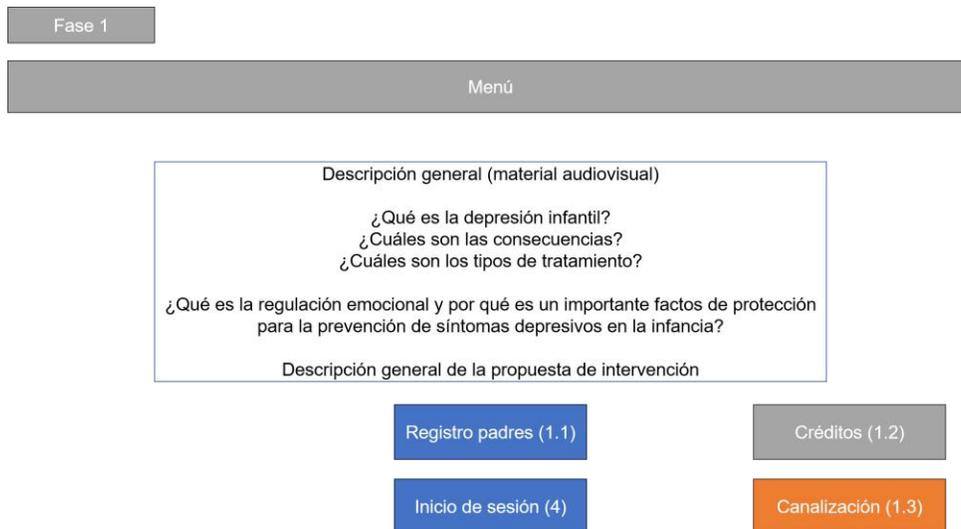


Figura 13: *Preprototipo 2 de la página web donde se implementará la intervención familiar telepsicológica*

Elaboración propia.



Resultados estadísticos del método de jueceo de expertos

En la validación de contenido de las cartas descriptivas de la “Intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años”, se conformó un panel de cinco jueces expertos, de los cuales, cuatro reportaron tener doctorado y uno maestría. Todos los jueces mencionaron tener posgrados en el campo de la psicología.

Con respecto a los años de experiencia en la práctica clínica de la Terapia Cognitivo-Conductual, tres jueces indicaron tener más de 10 años de experiencia, mientras que, dos jueces mencionaron tener entre uno y cuatro años de experiencia. En cuanto a los años de experiencia en el campo de la Psicología Positiva, dos jueces reportaron tener más de 10 años de experiencia, mientras que tres jueces indicaron tener de entre uno y cuatro años de experiencia.

Se empleó la prueba *V* de Aiken (Aiken, 2003) para cuantificar el grado de acuerdo entre el panel de jueces expertos sobre la intervención mediante el uso de R Studio. Se calculó el coeficiente *V* y los intervalos de confianza (*IC*) al 95% para cada ítem y para cada una de las dimensiones del cuestionario (objetivos, procedimiento y resultados esperados). Se tomó como referencia metodológica para muestras de jueces ($n < 10$), por lo que se estableció como criterio de aceptación un límite inferior (*LI*) de *IC* 95% superior a .75, lo cual indica un nivel robusto (Penfield & Giacobbi, 2004).

El análisis de ítems individuales arrojó un consenso experto altamente favorable. Un total de 10 de los 12 ítems (83.3%) obtuvieron un coeficiente $V=1.00$, lo que representa un acuerdo unánime y perfecto entre los cinco jueces (ver Tabla 6).

Los dos ítems que no alcanzaron la unanimidad fueron el #5 (“La duración de la intervención es apropiada para el logro de objetivos”) y el #12 (“De acuerdo a su experiencia, usted considera que con la propuesta los participantes se verán beneficiados”). Ambos ítems obtuvieron un coeficiente $V=0.95$, indicando que cuatro jueces asignaron la máxima valoración (5), y un juez asignó una valoración adyacente (4).

Es importante destacar que el límite inferior (*LI*) del *IC* 95% para todos los ítems superó el criterio de aceptación. El *LI* más bajo fue de .764, confirmando la alta validez de contenido de cada ítem del cuestionario.

Tabla 6*Coeficientes de la V de Aiken e intervalos de confianza por ítem.*

Ítem	Dimensión	V de Aiken	LI	LS
1. El objetivo general de la intervención es claro.	Objetivos	1	0.839	1
2. El objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual.	Objetivos	1	0.839	1
3. Los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo.	Objetivos	1	0.839	1
4. La secuencia de las sesiones es adecuada.	Objetivos	1	0.839	1
5. La duración de la intervención es apropiada para el logro de objetivos.	Procedimiento	0.95	0.764	0.991
6. Las técnicas cognitivo-conductual seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.	Procedimiento	1	0.839	1
7. Los componentes de Psicología Positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos.	Procedimiento	1	0.839	1
8. Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades	Procedimiento	1	0.839	1
9. Las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de los y las participantes.	Procedimiento	1	0.839	1
10. Las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de los y las participantes.	Procedimiento	1	0.839	1
11. Los objetivos de tratamiento se relacionan con resultados esperados.	Resultados esperados	1	0.839	1
12. De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención los participantes se verán beneficiados.	Resultados esperados	0.95	0.764	0.991

En cuanto al análisis por dimensiones, los resultados confirman la solidez estructural de la intervención (ver Tabla 7). En todas las dimensiones el límite inferior (*LI*) del *IC* 95% superó el valor de 0.87, proporcionando una fuerte evidencia de validez de contenido para los componentes centrales de la intervención.

Con respecto a la dimensión de Objetivos (ítems 1 – 4), se alcanzó un acuerdo perfecto ($V=1.00$, *IC* 95% [0.954, 1.00]). Los jueces expertos validaron de forma unánime que los objetivos son claros, teóricamente fundamentados en la Terapia Cognitivo-Conductual y están secuenciados de manera lógica.

En la dimensión de Procedimiento (ítems 5 – 10), se obtuvo un coeficiente casi perfecto ($V=0.992$, *IC* 95% [0.954, 0.999]), lo cual confirma el acuerdo entre los expertos sobre la pertinencia de las técnicas cognitivo-conductuales, los componentes de psicología positiva, las actividades y su adecuación a la edad de la población objetivo.

Por último, en la dimensión de los Resultados Esperados (ítems 11 – 12) se obtuvo un coeficiente $V=0.992$ (*IC* 95% [0.871, 0.996]), lo que valida la coherencia entre los objetivos planteados y la percepción de beneficio clínico de la intervención.

Tabla 7

Coefficientes de la V de Aiken e intervalos por dimensión.

Dimensión	V de Aiken	LI	LS
Objetivo	1	0.954	1
Procedimiento	0.992	0.954	0.999
Resultados esperados	0.975	0.871	0.996

Resultados del diseño web de la intervención telepsicológica

Como resultado de la etapa de especificación de requerimientos y diseño del marco CeHRes, se desarrolló la interfaz gráfica de usuario del prototipo web “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para niños y sus familias”. El diseño visual priorizo una estética moderna y lúdica, tomando en cuenta la temática de robots y utilizando una paleta de colores de alto contraste (fondo oscuro con tipografía en cian neón y blanco) para maximizar la legibilidad y darle la idea al usuario de encontrarse dentro de un video juego, lo que puede resultar en un atractivo visual para la población infantil.

En la página de inicio (ver Figura 14) funge como bienvenida y el encuadre de la intervención. En la parte superior derecha, se ubican los botones de acción principal, donde el usuario podrá iniciar sesión o registrarse. Los botones están diseñados con bordes redondeados y estados de *hover*, que permiten cambiar el color al pasar el cursor, esto con la finalidad de facilitar la navegación intuitiva.

El contenido central presenta el título de la intervención y un subtítulo que define claramente el propósito clínico: el dotar de habilidades regulación emocional para niños y sus familias. Presentando un texto de bienvenida que fue redactado desde un tono cálido, empático y directo, que, a su vez delimita la población, anticipa los recursos disponibles y establece el objetivo terapéutico. Finalmente, se introduce al personaje “Feli”, el asistente virtual como elemento de gamificación y que tiene como propósito de brindar acompañamiento, guiar en la navegación y reducir la sensación de aislamiento durante el uso de la intervención autodirigida.

Al realizar el desplazamiento (*scroll*) hacia la parte inferior de la página de inicio, donde el usuario podrá encontrar la sección “Explora la Página” (ver Figura 15). Esta área fue diseñada con el objetivo de brindar información presentada en diferentes pestañas, sobre qué encontrará el usuario, para qué sirve la página, sobre la importancia de la salud mental en la infancia, información sobre canalizaciones, preguntas frecuentes, términos de uso y los créditos.

Los elementos presentados en las pestañas “¿Qué encontrarás?” y “¿Para qué sirve esta página?” cumplen la función de encuadre terapéutico y motivacional, con un lenguaje implicado resumen las características de la intervención telepsicológica basada en la gamificación, preparando a los usuarios en que puede ser un componente sistémico para la participación de padres e hijos.

Figura 14

Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica.



Figura 15

Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica, sección descriptiva de las características.



Finalmente, en la parte inferior de la interfaz, se ubica la sección de “Contacto y Soporte” (ver Figura 16). El cual se compone por un formulario en donde el usuario puede introducir tres datos esenciales para establecer algún contacto, este elemento comprende una necesidad ética y funcional crítica en las intervenciones autodirigidas, dado que el usuario deberá tener un canal de comunicación abierto para resolver dudas técnicas o

terapéuticas, con la finalidad de mitigar la sensación de aislamiento del usuario. Además, en el pie de página se incluye la leyenda de derechos de autor, otorgando formalidad y protegiendo la propiedad intelectual del prototipo.

Figura 16

Pantalla de inicio del prototipo web de la intervención telepsicológica, sección descriptiva de las características.



The image shows a contact form on a dark background. At the top, the text reads "¿Tienes alguna pregunta? ¡Contáctanos!". Below this, there are three input fields: "Nombre:" with the placeholder "Tu nombre...", "Correo electrónico:" with the placeholder "tu.correo@ejemplo.com", and "Mensaje:" with the placeholder "Escribe tu mensaje aquí...". At the bottom of the form is a red button with the text "ENVIAR MENSAJE".

Al interactuar con el botón “Registrarse” desde la página de inicio, el usuario es dirigido a la pantalla de “Bienvenida y Registro” (ver Figura 17). Previa a la solicitud de los datos para el registro, se refuerza la propuesta de valor de la intervención para motivar a los participantes a realizar el registro. Emplea un lenguaje narrativo, lúdico que invite a la exploración, principalmente en los usuarios infantiles. Además, explica las características generales de lo que encontrará dentro de la página web.

Más adelante, se presentan los requisitos para el registro (ver Tabla 18), preparando cognitivamente al usuario antes de iniciar la carga de datos y se da un aviso de privacidad. Posteriormente, se realiza la segmentación de roles, presentando botones enfocados para niños y para adultos, lo que permitirá la visualización personalizada de acuerdo a la etapa del desarrollo. El botón de acción final “Continuar con el registro” funcionará únicamente cuando el usuario haya seleccionado su rol.

Figura 17

Pantalla de registro de usuarios.

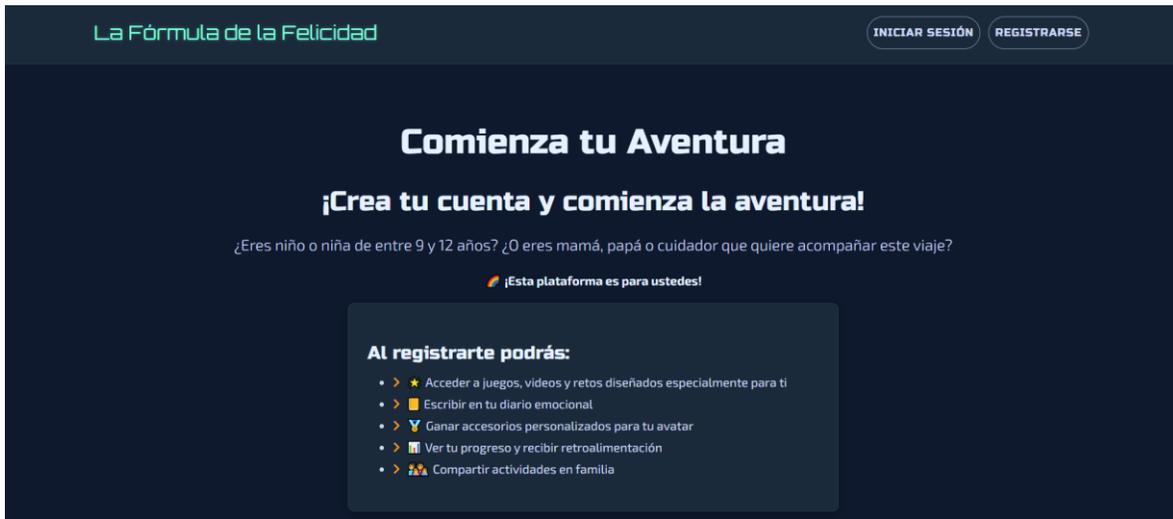
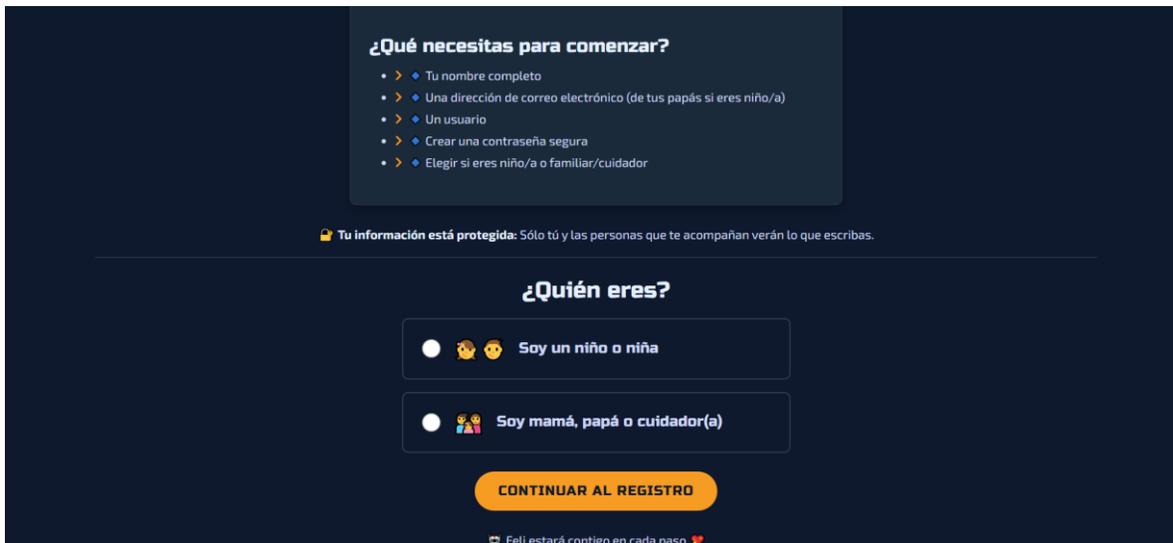


Figura 18

Continuación de pantalla de registro de usuarios.



Una vez que el usuario selecciona el rol de niño o niña, la página le redirigirá al formulario de “Registro para Niños” (ver Figura 19). El diseño de esta interfaz contiene un emoji representativo para cada dato solicitado. Además, se incorporan elementos clave para la seguridad y la ética: la protección de identidad al solicitar un usuario y el

consentimiento y vinculación parental al solicitar el correo electrónico de los padres. Finalmente, se encuentra el botón con la acción final “Crear cuenta”.

Figura 19

Interfaz del registro de usuarios infantiles.

The image shows a registration form for children on a website. The form is titled "Registro para Niños" and is set against a dark blue background. At the top left, the website's logo "La Fórmula de la Felicidad" is visible. At the top right, there are two buttons: "INICIAR SESIÓN" and "REGISTRARSE". The registration form itself is a white card with the following fields and options:

- Elige un nombre de usuario:** A text input field with a placeholder "Ej: feli123".
- Tu(s) nombre(s):** A text input field.
- Tus apellidos:** A text input field.
- Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD):** A date picker with a placeholder "dd/mm/aaaa".
- Grado escolar:** A dropdown menu with the text "Selecciona tu grado escolar...".
- Sexo:** Two radio buttons labeled "Niña" and "Niño".
- Correo electrónico (de tus papás):** A text input field with a placeholder "correo.tutor@ejemplo.com".
- Contraseña:** A text input field with the instruction "Crea una contraseña segura".
- Confirmar Contraseña:** A text input field with the instruction "Escribe la contraseña de nuevo".

At the bottom of the form is a large, prominent orange button labeled "CREAR CUENTA".

Inmediatamente después de completar el registro, el sistema redirige al usuario a la Pantalla de Evaluación Inicial (ver Figura 20). El usuario podrá visualizar una notificación que proporciona retroalimentación inmediata del sistema luego de crear su cuenta. El componente central de esta interfaz es la digitalización del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) validado para población mexicana (Kovacs, 1992; Meave, 2002). Este módulo cumple con función técnica de algoritmo de triaje, la puntuación obtenida determinará automáticamente si el usuario procede a la intervención o si se activa el protocolo de canalización por riesgo alto (ver Figura 21).

Figura 20

Interfaz de aplicación de instrumento de tamizaje (CDI).

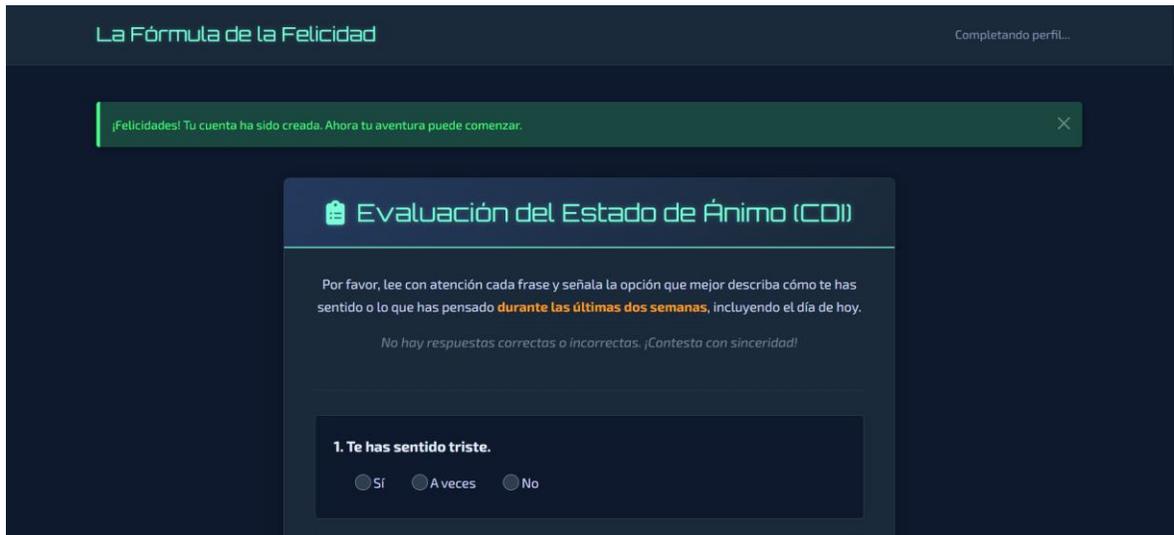


Figura 21

Interfaz de resultados del CDI.



Posterior al tamizaje de sintomatología depresiva, el flujo de navegación dirige al usuario a la “Evaluación de Emociones” (ver Figura 22), donde se digitalizó la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) validada para población infantil mexicana (Padros-

Blazquez et al., 2023). Este componente tiene como objetivo establecer la línea base de los recursos emocionales del participante.

Figura 22

Interfaz de evaluación complementaria mediante la escala PANAS.



El último componente de la evaluación inicial corresponde a la digitalización del Inventario de los Cinco Factores de Personalidad para Niños (FFPI-C) por su escala de Regulación Emocional, el cual está estandarizado en población mexicana (ver Figura 23). Al acceder a esta sección aparece una notificación de éxito al registrar la información del PANAS.

Inmediatamente después de finalizar la batería de evaluación psicométrica, el sistema presenta la pantalla de "Configuración de perfil y avatar" (ver Figura 24). Este elemento cumple doble función dentro diseño instruccional al actuar como reforzador inmediato luego de realizar las evaluaciones y fomentar el sentido de autonomía. Por lo que se le invita al usuario a seleccionar su representación gráfica en la plataforma. La instrucción enmarca al avatar como un compañero de aventura. Los personajes están inspirados en animales, profesiones y otros elementos que pueden ser de interés para los niños, pero son presentados como robots.

Luego de que el participante elige su avatar es redirigido a la sección de "Bienvenida Personalizada" (ver Figura 25). Este componente marca el inicio de la intervención y tiene como objetivo principal sumergir al usuario en la narrativa que sostendrá el proceso terapéutico.

Figura 23

Interfaz de evaluación complementaria mediante el FFPI-C.

La Fórmula de la Felicidad Completando perfil...

¡Gracias por completar la evaluación de emociones!

Evaluación (Pág 1/5)

Instrucciones:

Cada renglón tiene dos oraciones que dicen cómo siente y piensa la gente con respecto a ciertas cosas.

Entre cada par de oraciones, hay cinco círculos. Lee las oraciones y marca qué tanto estás de acuerdo con ellas.

- Si estás de acuerdo con una oración, llena el círculo **más cercano** a ella.
- Si estás **parcialmente** de acuerdo con la oración llena el **segundo círculo** más cercano a ella.
- A veces, puede ser difícil elegir una oración o la otra. Si esto ocurre, llena el círculo de **en medio (#3)**. Usa la opción intermedia lo menos posible.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Tus respuestas muestran cómo sientes y piensas en relación a situaciones de la vida cotidiana.

Ejemplo:

Pienso que los perros son agradables. ① ② ③ ④ ⑤ Pienso que los perros dan miedo.

Si piensas **totalmente** que los perros son agradables, selecciona el círculo ①.

Si piensas **parcialmente** que los perros son agradables, selecciona el círculo ②.

Si piensas **totalmente** que los perros dan miedo, selecciona el círculo ⑤.

Si piensas **parcialmente** que los perros dan miedo, selecciona el círculo ④.

Si te es difícil decidir, selecciona el círculo ③.

¿Listo/a? Ahora puedes iniciar.

Ayudo a las personas aun cuando tengo que hacer otras cosas. 1 2 3 4 5 No ayudo a las personas si tengo que hacer otras cosas.

Me gusta trabajar solo. 1 2 3 4 5 Me gusta trabajar en grupo.

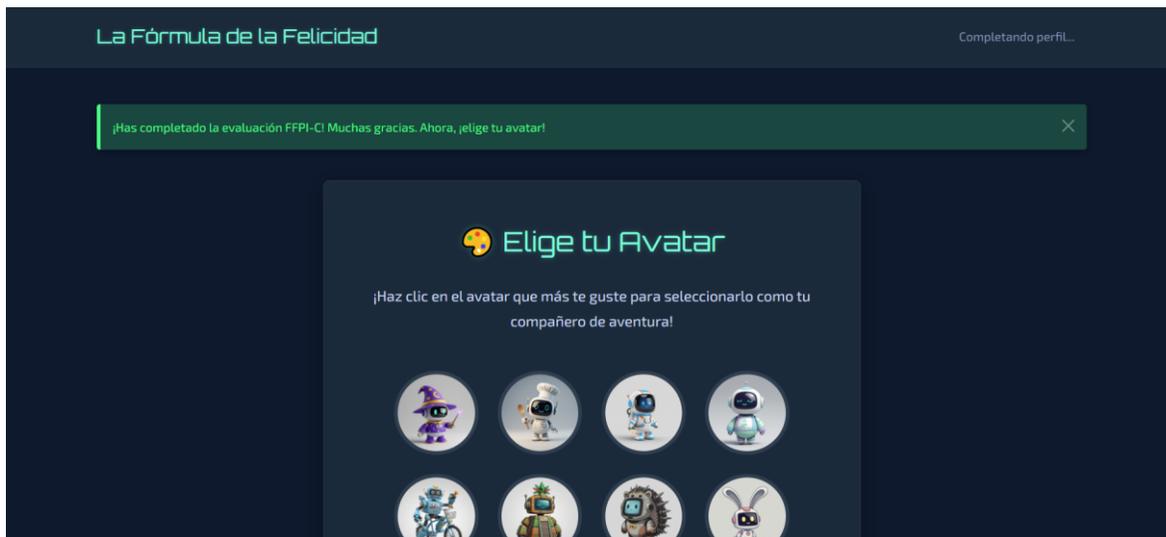
Me gustaría escribir poesía. 1 2 3 4 5 No me gustaría escribir poesía.

No soy bueno para recordar cosas. 1 2 3 4 5 Soy bueno para recordar cosas.

La gente habla de mí a mis espaldas. 1 2 3 4 5 La gente no habla de mí a mis espaldas.

Figura 24

Interfaz configuración de perfil y avatar.



El encabezado utiliza el nombre de usuario elegido para dar la bienvenida y generar un sentido de pertenencia de inmediato. El elemento central es la presentación del avatar compañero seleccionado previamente. Esta bienvenida dependerá del personaje elegido. El avatar es presentado con un diálogo en primera persona para establecer la idea de acompañamiento y definiendo su rol como guía.

Además, se presenta la estructura de la intervención explicando que consta de diez misiones, las cuales se irán actividad conforme al avance del usuario, garantizando que exista un orden lógico entre las sesiones, además, evita el consumo compulsivo y fomenta el aprendizaje espaciado, permitiendo que el usuario practique las habilidades semana a semana. Se anticipa que si el usuario finaliza una misión obtendrá insignias, como técnica de economía de fichas para activar la motivación intrínseca.

El núcleo central de la intervención es el “Tablero de Misiones” (ver Figura 26), esta interfaz funciona como el mapa de ruta del usuario, permitiéndole visualizar su avance y acceder al contenido educativo. El diseño muestra una barra de progreso general del usuario como estrategia para fomentar la motivación de logro.

Cada Misión presenta una descripción general y una específica para cada sesión, empleando un lenguaje sencillo y utilizando la metáfora de los robots. El usuario podrá ir

desbloqueando sesiones conforme las finaliza. La sesión disponible estará marcada con un botón que indica comenzar.

Figura 25

Interfaz de bienvenida personalizada de acuerdo al avatar seleccionado.

La Fórmula de la Felicidad

MIS MISIONES MI DIARIO Hola, AleLq28 CERRAR SESIÓN

¡Bienvenido/a, AleLq28!

¡Felicidades! 🎉 Has completado tu configuración inicial y estás a un paso de conocer al compañero de equipo FANTÁSTICO 🐾 🌟 que has elegido para esta aventura.



¡Con un cuerpo largo y un corazón enorme, aquí está Perro Salchi-bot! 🐾 🌟



¡Guau-hola, AleLq28! 🐾 Soy Perro Salchi-bot o puedes decirme Suri. Con mi olfato extra largo 🐾 y mi lealtad sin fin 🐾, te ayudaré a estirar tu curiosidad para entender tus emociones 🐾 y a encontrar la diversión 🐾 en cada rincón de **La Fórmula de la Felicidad**. ¡Seré tu compañero más fiel y divertido en esta misión! 🐾 ¡Mi nariz ya encontró el inicio! 🐾 ¡Sigue mis indicaciones aquí abajo! 🐾

¡Prepárate! 🏆 Estás a punto de comenzar tu entrenamiento especial en **La Fórmula de la Felicidad**.

Aquí, atravesarás 10 Misiones 📖 llenas de retos emocionantes, juegos 🎮 y videos 📺 que te encantarán.

En cada Misión, descubrirás herramientas súper útiles para:

- ★ Entender mejor lo que sientes 🐾 (te convertirás en un(a) detective de las emociones! 🐾).
- ★ Aprender a manejar esas emociones como un(a) experto(a) 🐾 (¡incluso las que parecen más complicadas!).
- ★ Y llevarte de maravilla con tus amigos 🐾, tu familia 🐾 y todas las personas a tu alrededor.

Lo más importante de todo: ¡Queremos que te diviertas al máximo mientras aprendes! 🐾 Verás que las Misiones se irán activando una por una 🐾, a medida que vayas avanzando en tu entrenamiento. No te adelantes, avanza poco a poco, cada semana.

¡Pero eso no es todo! ★ Por cada Misión que completes con éxito, ganarás valiosas Insignias de Actualización Emocional 🐾. ¡Te animas al reto de coleccionarlas todas y descubrir la increíble recompensa final 🐾 que te espera al completar tu entrenamiento?

Y ahora, sin más preámbulos... 🐾 ¡Es momento de conocer al increíble aliado que te acompañará en cada paso de esta emocionante aventura! 🐾 🌟

¡COMENZAR LA AVENTURA!

Figura 26

Interfaz de vista de misiones y progreso general.



Al acceder a una misión desbloqueada, el usuario ingresa a la interfaz de sesión (ver Figura 27). El diseño sigue una estructura tripartita: activación, modelado y práctica. Al finalizar el contenido educativo, el sistema presenta el reporte de misión (ver Figura 28), un componente de evaluación formativo diseñado para verificar la adquisición de competencias antes de permitir el avance.

La evaluación de la misión se compone por el monitoreo emocional en tiempo real que permite evaluar el estado emocional del usuario, sección que es igual para cada evaluación. Además, está la aplicación del conocimiento, sección que cambia de acuerdo a los componentes revisados en la sesión. El último elemento es el plan de acción donde se pretende que el usuario aplique los conocimientos en una situación planteada.

Por último, se presenta el diario virtual donde el usuario puede realizar una entrada que puede ser registrada (ver Figura 29). Hay sesiones donde el usuario debe realizar como actividad el registro en el diario, pero también puede acceder y escribir una entrada de manera independiente, accediendo desde la vista general de Misiones.

Figura 27

Interfaz de las sesiones.

La Fórmula de la Felicidad

MIS MISIONES MI DIARIO Hola, Alet, 28 CERRAR SESIÓN

Misión 1 - Sesión 2

El Simulador A-B-C: ¡Analiza y Recarga! ⚡

¡Es hora de poner a prueba tus nuevos conocimientos en nuestro simulador! Tu objetivo es analizar una situación de la vida real para ver en acción cómo un Pensamiento (la pieza B) puede cambiarlo todo. Además, ¡subirás de nivel tu Power-Up de Respiración para tenerlo listo en cualquier momento!

Actividad 1: La Historieta del Modelo ABC

Lee con atención la siguiente historieta. Fíjate en cómo un mismo evento puede provocar diferentes pensamientos y, por lo tanto, diferentes emociones y acciones.

Leo está caminando por el parque. A unos metros, ve a sus amigos Ana y Carlos hablando muy juntos y en voz baja, mirando un teléfono con emoción.



Actividad 2: Atención a la Respiración

Ahora, vamos a practicar de nuevo la técnica de respiración con una video-guía para que puedas seguirla paso a paso.



Recordatorio Rápido

Recuerda los pasos clave: Inhala (4s), Sostén (4s) y Exhala lentamente (6s). ¡Puedes usar esta técnica en cualquier momento que necesites calma!

HE TERMINADO LA SESIÓN

Figura 28

Interfaz de las evaluaciones por sesión.

La Fórmula de la Felicidad

MIS MISIONES MI DIARIO Hola, AleLq28 CERRAR SESIÓN

Reporte de Misión 1.2

¡Completaste la historieta y el ejercicio de respiración!

Ahora, como buen detective de emociones, vamos a analizar unas pistas finales.

1. Tu Panel de Control Emocional

Para empezar, cuéntame, ¿cómo están tus emociones justo en este momento? Elige las que mejor describan cómo te sientes:

Feliz Tranquilo/a Enojado/a Triste

+ Otra Emoción

2. El Modelo del Detective

En la historieta, el personaje principal aprendió sobre el modelo ABC. Imagina esta situación:
Tu mejor amigo/a no te elige para su equipo en la clase de deportes.

A (Situación): Mi amigo/a no me eligió para su equipo.

B (Pensamiento): ¿Qué pensarías?
Selecciona un pensamiento...

C (Consecuencia): ¿Qué sentirías o harías?
Selecciona una consecuencia...

3. Tu Plan de Acción

¡Excelente! Ahora, un pequeño desafío para un/a gran experto/a: ¿Cómo podrías usar lo que aprendiste hoy en tu vida?

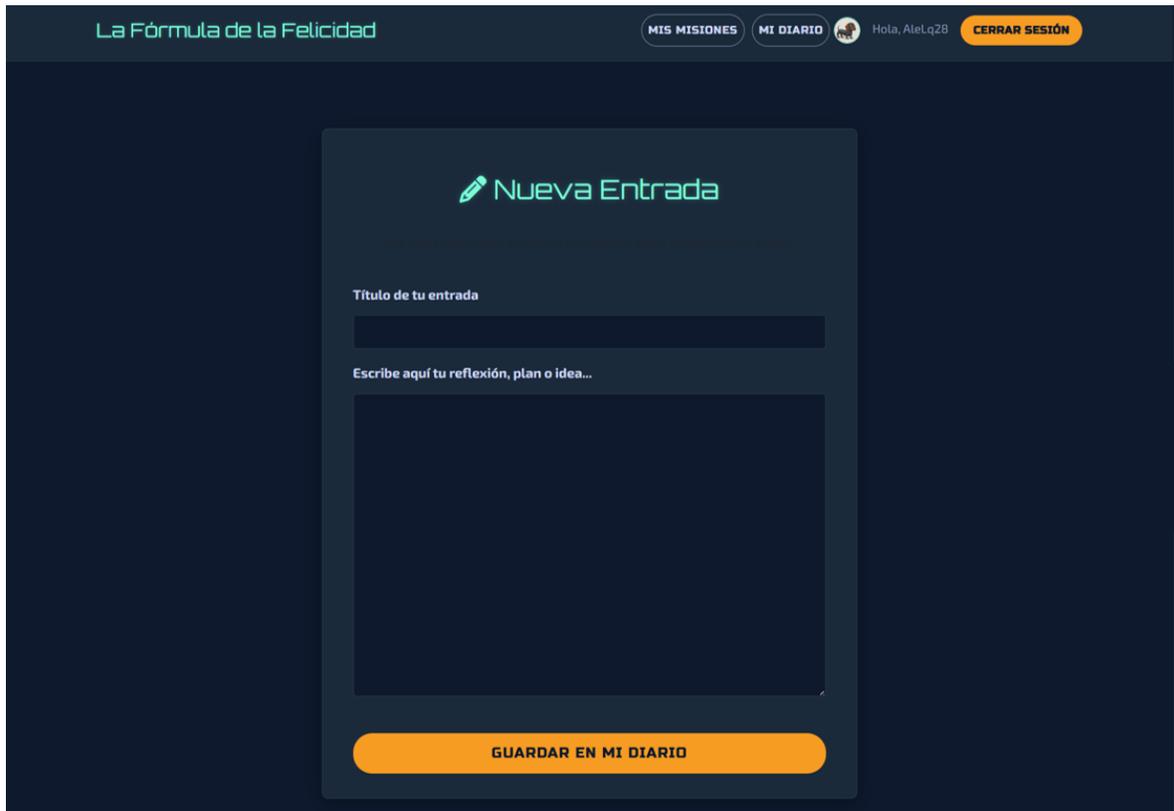
Imagina que un amigo te hace una broma que no te gustó. ¿Qué podrías PENSAR usando el modelo ABC para sentirte mejor y no enojarte tanto?

Escribe aquí tu plan...

GUARDAR REPORTE

Figura 29

Interfaz del diario virtual.



The image shows a dark-themed web interface for a virtual diary. At the top left, the text "La Fórmula de la Felicidad" is displayed in a light blue font. To the right of this, there are three navigation buttons: "MIS MISIONES", "MI DIARIO", and a user profile icon. Next to the profile icon, the text "Hola, AleLq28" is visible. Further right is a yellow button labeled "CERRAR SESIÓN".

The main content area features a central card titled "Nueva Entrada" with a pencil icon. Below the title, there is a form with two input fields. The first field is labeled "Título de tu entrada" and is currently empty. The second field is a larger text area labeled "Escribe aquí tu reflexión, plan o idea..." and is also empty. At the bottom of the card, there is a prominent yellow button with the text "GUARDAR EN MI DIARIO".

MÉTODO FASE III

Planteamiento del problema

Luego de la detección de necesidades de atención psicológica (Fase I) y la subsecuente validación de contenido por jueces expertos (Fase II), este estudio ha generado un prototipo de intervención telepsicológica teóricamente sólida y pertinente que tiene como objetivo la promoción de la regulación emocional en niños. No obstante, en este punto, de acuerdo a la literatura disponible se plantea un nuevo problema metodológico crucial: la validación por jueces expertos no garantiza la viabilidad, aceptabilidad y adherencia por parte de la población objetivo. El prototipo puede emplear de manera correcta las técnicas terapéuticas, pero fracasar en la aplicación si los niños de 9 a 12 años lo perciben como confuso, técnicamente deficiente, poco atractivo, aburrido o no sentirse identificado con los personajes o las historias presentadas.

La literatura sobre el diseño y desarrollo de intervenciones telepsicológicas (eHealth) establece que una baja usabilidad y una pobre experiencia del usuario predicen la falta de adherencia y la baja tasa de finalización. Esta fase del estudio pretende resolver una validación del contenido centrada en la experiencia del usuario, para garantizar que el prototipo sea práctico, accesible, usable y motivante para los usuarios objetivos.

Desde el marco metodológico para el desarrollo de tecnologías en salud, como el CeHRes, así como la literatura reciente (Dülsen & Baumeister, 2025; Wall et al., 2024; Xiong et al., 2025), se identifica que la evaluación con usuarios finales implica un paso intermedio y necesario antes de proceder a un ensayo clínico para la evaluación de la eficacia. En ese sentido, esta fase pretende resolver dicho problema metodológico, a través de la evaluación sistemática de la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario del prototipo. Este proceso tiene la finalidad de reconocer (cuantitativamente y cualitativamente) las áreas de oportunidad y las fortalezas del prototipo a partir de la retroalimentación directa de la población objetivo para optimizarlo y prepararlo de manera correcta para futuras pruebas de eficacia.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de usabilidad y aceptabilidad, y cómo es la experiencia del usuario del prototipo de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la

regulación emocional en niños de 9 a 12 años, al ser evaluado por una muestra de la población objetivo?

Objetivo general

Evaluar la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario del prototipo de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Objetivos específicos

1. Determinar las propiedades psicométricas iniciales (consistencia interna) de las subescalas de la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”.

2. Analizar cuantitativamente los niveles de usabilidad, aceptabilidad y satisfacción con el prototipo, mediante estadística descriptiva de la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”.

3. Explorar cualitativamente las percepciones, barreras y fortalezas del prototipo, a través del análisis del discurso de las respuestas obtenidas en los grupos focales.

4. Integrar los hallazgos cuantitativos y cualitativos para generar un listado de recomendaciones de diseño accionables para la optimización final del prototipo.

Tipo de diseño y alcance de la investigación

No experimental, descriptivo transversal, con un enfoque mixto (B. García, 2009).

Variables

Tabla 8

Definición de las variables del estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Usabilidad percibida	El grado en que el usuario final percibe el prototipo de la intervención como fácil de usar, claro, eficiente y con un nivel de dificultad adecuado para lograr los objetivos de las actividades.	Puntuaciones obtenidas en la "Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final", específicamente en las secciones: Facilidad de Uso y Claridad, Experiencia en Línea y Dificultad, Tiempo y Frecuencia de Uso.
Aceptabilidad	El juicio subjetivo del usuario final sobre qué tan apropiada, relevante y útil es la intervención para el propósito de aprender sobre regulación emocional. Incluye la intención de uso y la recomendación a pares.	Puntuaciones obtenidas en la "Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final", específicamente en las secciones: Contenido y Actividades, Potencial para la Regulación Emocional, Recomendación e Importancia.
Experiencia del Usuario	El conjunto de percepciones, emociones y respuestas afectivas (positivas y negativas) del usuario final, resultantes de la interacción con el prototipo, incluye el atractivo visual y la diversión.	Puntuaciones obtenidas en la "Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final", específicamente en la sección: Diseño visual y Materiales. Categorías y temas emergentes del análisis del discurso obtenido de las respuestas a las preguntas abiertas en los grupos focales.

Hipótesis de trabajo

H: La intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años demostrará niveles de usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario favorables cuantitativa y cualitativamente en una muestra de usuarios finales.

Participantes

Muestreo

No probabilístico, por conveniencia (Cervantes et al., 2017).

Muestra

Niños y niñas de entre 9 y 12 años, que al momento de la evaluación estuvieran inscritos a 4º, 5º o 6º de una escuela primaria pública.

Criterios de selección de la muestra

La muestra se conformó de manera no probabilística, por conveniencia, seleccionando a una escuela primaria pública del Estado de Hidalgo. Se invitó a participar a todos los alumnos de entre 9 a 12 años, que estuvieran inscritos en los grados de 4º, 5º y 6º. La participación fue voluntaria y la muestra final se conformó por aquellos estudiantes que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Se consideró a todo aquel participante que cumplió con los siguientes requisitos:

- Estar inscrito como alumno de 4º, 5º o 6º grado en la escuela primaria pública seleccionada.
- Tener entre 9 y 12 años de edad.
- Contar con el Consentimiento Informado firmado y entregado por su padre, madre o tutor legal.

- Otorgar su propio Asentimiento Informado de manera verbal para participar en la sesión.
- Tener la capacidad de leer y comprender textos.
- Tener la capacidad para interactuar de manera autónoma con una computadora o celular.

Criterios de exclusión

Se excluyó de la participación a aquellos niños que:

- Presentaran algún diagnóstico neurológico, sensorial o motriz que le impidiera la interacción autónoma y fluida con el prototipo.
- Estuvieran recibiendo una intervención psicológica formal centrada específicamente en la regulación emocional en el momento del estudio.

Criterios de eliminación

Se consideró la eliminación de los datos de un participante si:

- El niño decidiera retirar su asentimiento y no deseaba continuar con la interacción con el prototipo en cualquier momento de la sesión.
- No era posible completar la recolección de datos (encuesta cuantitativa o la participación en el grupo focal) debido a fatiga evidente, falta de atención o comportamiento inapropiado, que comprometiera la validez de sus respuestas.

Instrumentos

Para la recolección de datos en esta fase, se empleó metodología mixta (cualitativa y cuantitativa), utilizando dos instrumentos principales de creación propia (*ad hoc*):

Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final:

Consiste en una encuesta diseñada con el objetivo de medir cuantitativa y cualitativamente los constructos de usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario. Se compone de un apartado de datos sociodemográficos (edad, grado escolar y sexo), 35 ítems agrupados en siete secciones y cuatro preguntas abiertas. Las secciones que componen esta encuesta son: Facilidad de Uso y Claridad (5 ítems), Diseño Visual y

Materiales (4 ítems), Contenido y Actividades (6 ítems), Potencial para la Regulación Emocional (4 ítems), Experiencia en Línea y Dificultad (5 ítems), Tiempo y Frecuencia de Uso (5 ítems) y Recomendación e Importancia (6 ítems). Cada ítem empleó una escala de tipo Likert de cinco puntos, que va desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo” (ver Anexo 4).

Guion de Grupos Focales

Con la finalidad de explorar cualitativamente las percepciones, barreras y fortalezas, se empleó un guion semiestructurado de 19 preguntas para guiar los grupos focales. Las preguntas detonadoras se enfocaron en explorar cualitativamente las percepciones de la usabilidad (ej. “¿ustedes podrían hacer solos las actividades?”), aceptabilidad (ej. “¿qué tan importante es que aprendan sobre emociones?”), y experiencia del usuario (ej. “¿la página les pareció aburrida o divertida y por qué?”), además consideró aspectos del diseño del prototipo (ej. “¿les gusta el nombre, colores y tipo de letra utilizado en la página, le cambiarían algo?”) con la finalidad de optimizarlo.

Análisis de los datos

Se realizará un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo) para responder a los objetivos específicos de esta fase.

El análisis cuantitativo se realizará a partir de los datos obtenidos en la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”, empleando el Paquete de Datos para las Ciencias Sociales SPSS versión 27, el software JASP y el software R Studio. Para determinar las propiedades psicométricas iniciales del instrumento *ad hoc*, se calculó el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach y Omega de McDonald’s para cada una de las subescalas definidas para determinar si miden de forma fiable los constructos. Posteriormente, se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, medias, medianas y desviación estándar) para analizar las puntuaciones de cada ítem y subescala, determinando así los niveles generales de usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario final.

En el análisis cualitativo, los datos obtenidos de los grupos focales fueron transcritos e importados al programa ATLAS.ti para realizar un análisis del discurso para explorar las percepciones, detectar barreras y fortalezas del prototipo.

Los resultados de ambos análisis se contrastaron e integraron en la discusión para generar el listado final de recomendaciones de diseño accionables.

Procedimiento

Previo al diseño y evaluación inicial del prototipo, el estudio fue sometido a evaluación por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH obtenido el dictamen de aprobación (Comiteei.icsa ICSa149/2022). Luego, se inició el contacto con las autoridades educativas para el acceso a la población estudiantil. En el primer contacto se les explicó a los directivos el objetivo del estudio y el apoyo necesario para extender la invitación a los padres, madres y tutores de los estudiantes de 4º a 6º grado, así como la facilitación de la infraestructura necesaria para realizar las sesiones y los grupos focales. Los consentimientos informados firmados fueron recolectados por parte de la plantilla docente y entregados a la investigadora principal. Aquellos padres que tuvieran dudas con respecto al estudio, fueron contactados mediante llamada telefónica para explicarles las características y los riesgos de la investigación. Participaron todos los estudiantes que tuvieran la autorización firmada mediante el consentimiento informado y, además, asintieran de manera verbal querer participar. Los estudiantes establecidos por grados, fueron divididos en grupos de 5 participantes para realizar la sesión de interacción con el prototipo y el grupo focal. Estas sesiones fueron realizadas dentro de la escuela, en un salón de usos múltiples donde los participantes usaron computadoras portátiles con acceso a internet, para la interacción con el prototipo. Durante la sesión, se les otorgó 50 minutos para interactuar con el prototipo, en donde pudieron ingresar a los diversos módulos y sesiones, revisar los video explicativos, realizar las actividades, jugar con los juegos interactivos y leer las historietas o viñetas presentadas, además, contestaron las evaluaciones de cada sesión. Posteriormente, se realizaron los grupos focales empleando el guion semiestructurado de 19 preguntas para conocer la percepción de usabilidad, aceptabilidad, diseño y experiencia del usuario final. Dichos grupos focales fueron grabados en audio para su posterior transcripción y análisis cualitativo. Posteriormente, se les otorgó tiempo para contestar la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”, al finalizar, se les agradeció a los estudiantes su participación. Se conformaron seis sesiones de interacción con el prototipo y de grupos focales.

Consideraciones éticas

Esta investigación se adhirió en todo momento a los principios éticos de la investigación con seres humanos. En fases de desarrollo, el protocolo de esta investigación fue sometido y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH (Dictamen No. (Comiteei.icsa ICSa149/2022).

Se consideró como marco legal el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014) donde se establecen las bases, lineamientos y principios que se deben de respetar cuando se realiza una investigación científica y tecnológica destinada a la salud y con seres humanos como sujetos de investigación; con la finalidad de garantizar la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación.

Por lo que se consideró a los siguientes Artículos como marco legal de esta investigación:

- Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- Artículo 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.
 - De acuerdo con la clasificación, este estudio es una investigación con riesgo mínimo, ya que implicó la aplicación de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del participante. No se realizó una intervención con carácter terapéutico.
- Artículo 18: Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.
- Artículos 20, 21 y 22: Firma del consentimiento informado.
- Artículo 35: Cuando se pretenda realizar investigaciones en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se han hecho estudios semejantes en personas

de mayor edad y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

- Artículo 36: Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.
- Artículo 37: Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas.

Adicionalmente al marco legal nacional, se consideraron los principios éticos específicos para la práctica de la telepsicología revisados en la fundamentación teórica. Se implementaron medidas rigurosas para garantizar la privacidad y la protección de datos de los participantes en el entorno virtual, asegurando que la plataforma web no recolectara información sensible innecesaria y que los datos de los usuarios estuvieran bajo protocolos de seguridad (Fields, 2020; Stanberry, 2006).

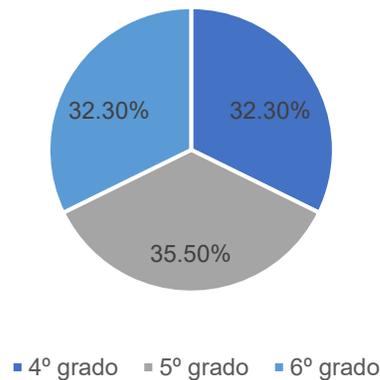
RESULTADOS FASE III

Descripción de la muestra

En la evaluación de la evaluación de la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario del prototipo de la intervención telepsicológica, participaron 31 estudiantes de una escuela primaria pública del Estado de Hidalgo, de los cuales el 48.4% eran niños y el 51.6% eran niñas, quienes estaban inscritos a los grados de 4º, 5º y 6º (ver Figura 30), y tenían una edad entre 9 y 12 años, con una \bar{X} = 10.03 años.

Figura 30

Distribución de participantes por grado escolar.



Análisis de la confiabilidad de la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”

El primer paso del análisis de datos estadísticos de la FASE III, se valoró la confiabilidad exploratoria de la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final”, un instrumento que fue diseñado *ad hoc* para esta investigación. Se evaluó la consistencia interna, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α) y Omega de McDonald's (ω) en la escala global y en cada una de las subescalas predefinidas mediante un análisis bayesiano, empleando el software estadístico JASP.

Los resultados de la consistencia interna de la totalidad del instrumento (35 ítems) arrojaron estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.889$ (IC 95% [0.847, 0.932]) y coeficiente $\alpha = 0.897$ (IC 95% [0.845, 0.947]). Ambos valores se consideran excelentes, dado que superan los umbrales de confiabilidad aceptables ($\alpha, \omega > .70$) y buena

(α , $\omega > .80$). Los intervalos de confianza (IC) del 95% son estrechos y los límites inferiores se sitúan por encima de los valores de referencia. Estos datos demuestran que el instrumento en su totalidad tiene una adecuada consistencia interna.

La primera subescala analizada fue “Facilidad de Uso y Claridad”, la cual se conformó inicialmente por cinco ítems (1 – 5), en el cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.571$ (IC 95% [0.308, 0.776]) y coeficiente $\alpha = 0.566$ (IC 95% [0.342, 0.770]). Ambos coeficientes son bajos en comparación al índice de fiabilidad aceptable (α , $\omega > .70$), mientras que los intervalos de confianza del 95% son amplios. El análisis detectó que el ítem 1 “*Me resultó fácil entender cómo navegar y usar la página web por mi cuenta*”, mantiene una correlación negativa. Este hallazgo es metodológicamente significativo, dado que demuestra que el ítem 1 mide un constructo diferente al de los otros cuatro ítems, centrándose en la “Facilidad de Uso”, mientras que el resto se enfoca en la “Claridad Conceptual”.

Para la subescala de “Diseño y Materiales Visuales”, la cual se conformó inicialmente por cuatro ítems (6 – 9), en el cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.602$ (IC 95% [0.364, 0.806]) y coeficiente $\alpha = 0.602$ (IC 95% [0.392, 0.811]). Ambos coeficientes son situados dentro de un rango cuestionable, por debajo de la fiabilidad aceptada (α , $\omega > .70$), los intervalos de confianza del 95% son amplios. No se reportó ningún ítem con correlación negativa, lo que sugiere que la baja fiabilidad es asociada a que los cuatro ítems de la escala están relacionados con el atractivo de los colores, personajes, el tipo de letra, las características de los vídeos e historietas, lo que implica en sí el diseño en general, por lo que no convergen fuertemente en un único constructo unidimensional.

El análisis de la tercera subescala “Contenido y Actividades”, conformada por seis ítems (10 – 15), en la cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.692$ (IC 95% [0.533, 0.834]) y coeficiente $\alpha = 0.703$ (IC 95% [0.540, 0.858]). Estos valores se sitúan en el umbral estándar de fiabilidad aceptable (α , $\omega > .70$), mientras que los intervalos de confianza del 95% son amplios y los límites inferiores indican que la subescala tiene potencial de alta fiabilidad. El análisis no reportó ítems con correlaciones negativas, lo que indica que los seis ítems convergen de manera coherente en un único constructo.

El análisis de la cuarta subescala “Sobre el Potencial para la Regulación Emocional”, conformada por cuatro ítems (16 – 19), en la cual, el análisis de fiabilidad arrojó

estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.642$ (IC 95% [0.427, 0.825]) y coeficiente $\alpha = 0.683$ (IC 95% [0.496, 0.839]). Los coeficientes se sitúan por debajo de las estimaciones de fiabilidad aceptables ($\alpha, \omega > .70$), siendo el coeficiente α el que se aproxima al límite, mientras que en el coeficiente ω , un estimador más robusto, sugiere una consistencia interna débil. No se reportaron correlaciones negativas entre los ítems, por lo que se puede suponer que los cuatro ítems miden facetas diferentes del potencial terapéutico enfocadas al reconocimiento, manejo y expresión de emociones.

El análisis de la quinta subescala “Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad”, conformada por cinco ítems (20 – 24), en la cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.507$ (IC 95% [0.229, 0.740]) y coeficiente $\alpha = 0.526$ (IC 95% [0.258, 0.768]). Estos valores son los más bajos del instrumento, por lo que se ubican dentro de un rango inaceptable y sus intervalos de confianza del 95% son amplios. Los ítems miden constructos relacionados con la autonomía y la dificultad percibida para realizar actividades, no obstante, se incluye un ítem conceptualmente inverso “*Preferiría aprender sobre mis emociones hablando directamente con una persona (como un psicólogo o consejero)*”.

El análisis de la sexta subescala “Sobre el Tiempo y la Frecuencia de Uso”, conformada por cinco ítems (25 – 29), en la cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.384$ (IC 95% [0.034, 0.655]) y coeficiente $\alpha = 0.472$ (IC 95% [0.194, 0.741]). De igual manera, estos valores se ubican dentro de un rango inaceptable y sus intervalos de confianza del 95% son amplios. Los ítems miden constructos relacionados con el uso de la página web, no obstante, se incluye un ítem conceptualmente inverso “(*Preferiría hacer una sesión más larga una sola vez a la semana, en lugar de varias sesiones cortas*)”.

Por último, el análisis de la séptima subescala “Recomendación e Importancia”, conformada por cinco ítems (30 – 35), en la cual, el análisis de fiabilidad arrojó estimaciones (medias posteriores) de coeficiente $\omega = 0.507636$ (IC 95% [0.438, 0.823]) y coeficiente $\alpha = 0.658$ (IC 95% [0.490, 0.822]). Los coeficientes se sitúan por debajo de las estimaciones de fiabilidad aceptables ($\alpha, \omega > .70$). El análisis no detectó ítems con correlaciones negativas. Esta subescala fue diseñada pensando en diversos aspectos de la aceptabilidad, incluyendo la diversión, intención de uso, recomendación a otros e importancia percibida sobre la regulación emocional. Es probable que la combinación de un componente de experiencia del usuario como la diversión y los componentes de juicio de valor como la

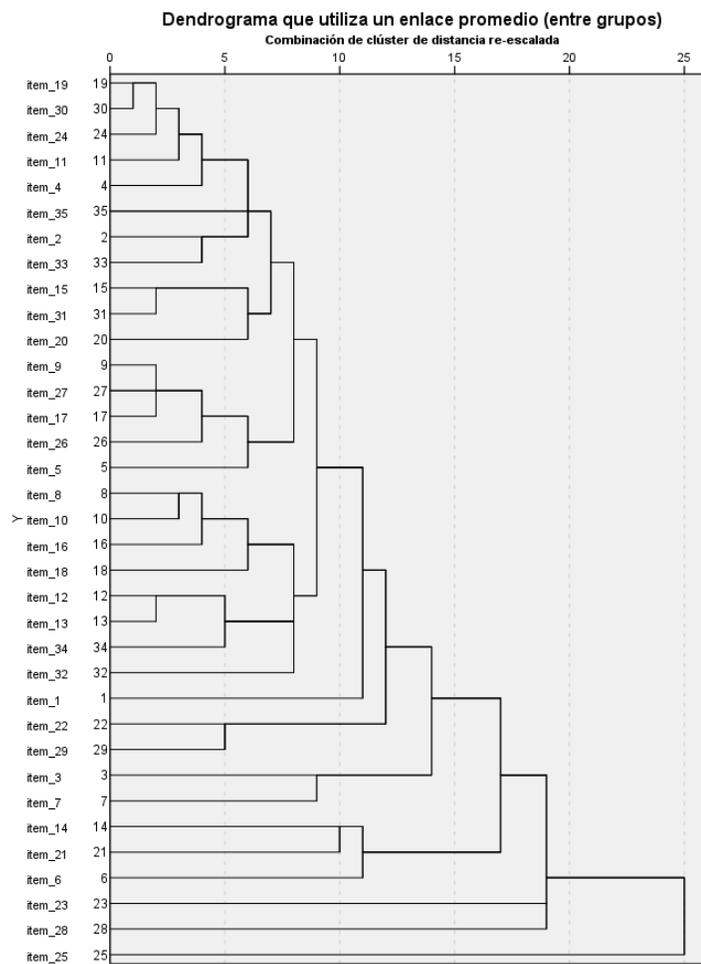
intención de uso o la recomendación redujeran la unidimensionalidad de la escala, explicando la fiabilidad moderada-baja.

Debido a la falta de ajuste en la estructura teórica inicial, y reconociendo que un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) no es viable debido al tamaño de la muestra ($N=35$) y la cantidad de ítems, se optó por un Análisis de Clúster Jerárquico (Método: Enlace promedio, Medida: Distancia Euclídea cuadrada) en SPSS con la finalidad de agrupar los ítems y explorar visualmente sus agrupaciones naturales.

El Dendrograma resultante (Ver Figura 31), de manera visual, demostró que los dos ítems conceptualmente inversos 21 y 28 fueron los valores atípicos más extremos, siendo los últimos en unirse a la estructura general del clúster.

Figura 31

Dendrograma del Análisis de Clúster Jerárquico de Variables (Reactivos).



Basado en los hallazgos del análisis de fiabilidad y de clúster jerárquico, se determina que la estructura de las siete subescalas no es válida para esta muestra, ya que la mayoría de los ítems fueron percibidos por los usuarios como elementos independientes y no como parte de un constructo unidimensional. No obstante, vale la pena mencionar que la encuesta de manera global obtuvo un coeficiente de confiabilidad dentro de los rangos aceptables. A partir de esta información, se procede a analizar a nivel de ítem individual para obtener la evaluación de cada característica específica del prototipo.

Análisis descriptivo e inferencial

Luego del análisis psicométrico, se procedió al análisis descriptivo e inferencial de los 35 ítems de la encuesta. En SPSS se calcularon la media (\bar{X}), Mediana (Me), Desviación Estándar (DE) y el intervalo de confianza (IC) del 95% por cada ítem.

Se estableció como criterio de inferencial que, si el límite inferior (LI) del IC 95% de un ítem es superior a 3.0 (el valor neutral de la escala), se puede inferir con un 95% de confianza que los participantes evaluaron dicho ítem de manera favorable.

Con respecto a los cinco ítems de la subescala de “Facilidad de Uso y Claridad” (ver Tabla 9), se obtuvieron puntuaciones medias por encima a 4.0 (“De acuerdo”), y el límite inferior del IC 95% para todos los ítems se situó significativamente por encima del valor neutral de 3.0. Estos hallazgos demuestran una validación alta de la usabilidad y claridad del prototipo. Los ítems 1 (“*Me resultó fácil entender cómo navegar y usar la página web por mi cuenta*”) y 2 (“*Comprendo bien para qué sirve la página y cuál es su objetivo principal*”) recibieron puntuaciones más altas, por lo que, para esta muestra de participantes, el núcleo de la interfaz de usuarios es exitoso. El ítem 3 (“*Las instrucciones para realizar las actividades eran claras y fáciles de seguir*”), aunque fue evaluado positivamente, presentó la media más baja ($\bar{X}= 4.16$) y la desviación estándar más alta ($DE = 1.068$) de este grupo de ítems, sugiriendo que, si bien la mayoría de los niños entendió, es posible que las instrucciones de algunas actividades pueden ser confusas.

Tabla 9

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Facilidad de Uso y Claridad”.

Ítem	\bar{X}	Me	DE	IC 95%	
				LI	LS
1. Me resultó fácil entender cómo navegar y usar la página web por mi cuenta.	4.55	5	0.810	4.24	4.86
2. Comprendo bien para qué sirve la página y cuál es su objetivo principal.	4.48	5	0.677	4.23	4.74
3. Las instrucciones para realizar las actividades eran claras y fáciles.	4.16	4	1.068	3.76	4.56
4. El nombre “La Fórmula de la Felicidad” me parece apropiado.	4.39	4	0.882	4.06	4.71
5. Los nombres de las “Misiones” (los módulos) me parecieron interesantes y claros.	4.35	4	0.798	4.05	4.65

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En cuanto a la subescala “Diseño y Materiales Visuales”, los participantes consideraron sobresaliente el diseño visual (ver Tabla 10). Los cuatro reactivos de esta sección obtuvieron puntuaciones medias superiores a 4.10 (“De acuerdo”), específicamente, en tres ítems, la mediana fue el valor máximo posible (5.0). Los intervalos de confianza confirman con solidez que la valoración de los participantes se situó por encima del punto neutral. Por lo que, se puede considerar a la estética del prototipo como un factor motivador clave. El ítem 6 (“*Los colores, las imágenes y los personajes me parecieron atractivos*”) obtuvo la media más alta en esta subescala ($\bar{X} = 4.58$), lo que se asocia al ítem 9 (“*El diseño general de la página me dio ganas de seguir explorando las diferentes secciones*”), donde los niños reportaron una media alta ($\bar{X} = 4.52$), que se traduce en motivación conductual para utilizar el prototipo. Por otro lado, aunque el ítem 7 (“*El tipo y tamaño de la letra facilitaron la lectura en la pantalla*”) fue evaluado positivamente ($\bar{X} = 4.13$), presentó la puntuación más baja y la mayor dispersión ($DE = 0.922$), lo cual sugiere que, para algunos participantes, la tipografía podría implicar un área de oportunidad para mejorar la accesibilidad o la experiencia al momento de la lectura en pantalla. Finalmente, los recursos multimedia fueron validados como herramientas de apoyo que pueden ser efectivas (ítem 8 $\bar{X} = 4.42$).

Tabla 10

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Diseño y Materiales Visuales”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
6. Los colores, las imágenes y los personajes me parecieron atractivos.	4.58	5	0.765	4.30	4.86
7. El tipo y tamaño de la letra facilitaron la lectura en la pantalla.	4.13	4	0.922	3.79	4.47
8. Los vídeos explicativos y las historietas (cómic) me ayudaron a entender mejor los temas.	4.42	5	0.807	4.12	4.71
9. El diseño general de la página me dio ganas de seguir explorando las diferentes secciones.	4.52	5	0.677	4.27	4.76

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En la subescala “Contenido y Actividades”, los resultados descriptivos confirman una aceptación muy elevada del contenido terapéutico (ver Tabla 11). Las medias por ítems

oscilan entre $\bar{X} = 4.03$ y $\bar{X} = 4.58$, mientras que los intervalos de confianza del 95% se mantienen por encima del punto de neutralidad, lo que valida la pertinencia del material. Los ítems 12 (“*Las actividades me parecieron útiles para aprender sobre mis pensamientos y emociones*”) y 15 (“*Creo que usar esta página podría ayudarme a manejar mejor mis emociones en el futuro*”) obtuvieron las puntuaciones medias más altas ($\bar{X} = 4.58$, $DE = 0.564$), lo que indica un fuerte consenso entre los niños sobre el valor práctico que puede tener la intervención. De la misma manera, la gamificación y el lenguaje fueron validados exitosamente con los ítems 10 y 11, los cuales obtuvieron medias superiores a 4.35. Es importante resaltar que el ítem 14 (“*Las situaciones y ejemplos que vi en las historietas y actividades se parecen a cosas que me pasan a mí o a mis amigos*”) obtuvo la media más baja ($\bar{X} = 4.03$, $DE = 0.875$). Si bien el resultado es positivo, el límite inferior es de 3.71, lo que sugiere que la identificación personal con las situaciones empleadas es el aspecto con mayor variabilidad subjetiva entre los participantes.

Tabla 11

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Contenido y Actividades”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
10. El lenguaje y palabras usadas en los vídeos y textos son fáciles de entender para mí.	4.35	5	0.751	4.08	4.63
11. Las actividades interactivas (como el memorama de emociones o el detective de pensamientos) fueron entretenidas.	4.55	5	0.675	4.30	4.80
12. Las actividades me parecieron útiles para aprender sobre mis pensamientos y emociones.	4.58	5	0.564	4.37	4.79
13. Los temas que se explican en las sesiones me parecen importantes.	4.55	5	0.624	4.32	4.78
14. Las situaciones y ejemplos que vi en las historietas y actividades se parecen a cosas que me pasan a mí o a mis amigos.	4.03	4	0.875	3.71	4.36
15. Creo que usar esta página podría ayudarme a manejar mejor mis emociones en el futuro.	4.58	5	0.564	4.37	4.79

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En la subescala “Potencial para la Regulación Emocional”, todos los ítems obtuvieron puntuaciones medias superiores a 4.36 (ver Tabla 12). El ítem 19 (“*Después de ver estas actividades, me dan ganas de intentar usar herramientas como éstas si en el*

futuro siento una emoción muy intensa) obtuvo la media más alta ($\bar{X}= 4.55$), indicando que los participantes pueden identificar la intervención no sólo como útil, sino que les motiva a aplicar las estrategias en situaciones reales de crisis emocional. La validación del componente de psicoeducación emocional con el ítem 16 (*“Creo que las actividades de esta página podrían enseñarme a entender mejor por qué me siento de cierta manera”*), el cual obtuvo una $\bar{X}= 4.45$, y el ítem 18 que se centra en la adquisición de habilidades expresivas (*“Creo que con estas actividades podría aprender nuevas formas de expresar mis emociones que me ayuden a sentirme mejor”*) obtuvo una $\bar{X}= 4.48$, se encontraron dentro de valores medios altamente aceptables. No obstante, es interesante resaltar que el ítem 17 (*“Pienso que los ejercicios de respiración y relajación que se muestran podrían ser una herramienta útil para calmarme en el futuro”*), aunque obtuvo una valoración positiva ($\bar{X}= 4.35$), presentó la mayor desviación estándar de esta subescala ($DE = 0.985$), lo que sugiere que si bien la técnica puede ser ampliamente aceptada, existe una ligera variabilidad en la preferencia individual de los participantes, por las técnicas de relajación fisiológica en comparación con las cognitivas o conductuales.

Tabla 12

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Potencial para la Regulación Emocional”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
16. Creo que las actividades de esta página podrían enseñarme a entender mejor por qué me siento de cierta manera.	4.45	5	0.768	4.17	4.73
17. Pienso que los ejercicios de respiración y relajación que se muestran podrían ser una herramienta útil para calmarme en el futuro.	4.35	5	0.985	3.99	4.72
18. Creo que con estas actividades podría aprender nuevas formas de expresar mis emociones que me ayuden a sentirme mejor.	4.48	5	0.811	4.19	4.78
19. Después de ver estas actividades, me dan ganas de intentar usar herramientas como éstas si en el futuro siento una emoción muy intensa.	4.55	5	0.768	4.27	4.83

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En la subescala “Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad”, los resultados demuestran un perfil de usabilidad técnica muy sólido (ver Tabla 13). El ítem 24 (*“En general, la página web me pareció fácil de usar”*) obtuvo una de las medias más altas de

toda la encuesta (\bar{X} = 4.68). Asimismo, la percepción de dificultad evaluada con el ítem 22 (“El nivel de dificultad de las actividades me pareció adecuado, ni muy fácil”) y la autonomía evaluada con el ítem 23 (“Siento que podría completar la mayoría de las Misiones sin necesitar la ayuda de un adulto”), fueron valorados positivamente, con medias de 4.13 y 4.00 respectivamente. El hallazgo más relevante de esta sección es el contraste entre los ítems 20 (“Me gusta la idea de aprender estas herramientas en una página web que puedo usar por mi cuenta”) y 21 (“Preferiría aprender sobre mis emociones hablando directamente con una persona como un psicólogo o consejero”). Por un lado, los participantes valoraron positivamente la modalidad en línea con el ítem 20 (\bar{X} = 4.29), sin embargo, expresaron un acuerdo moderado con la preferencia por el contacto con otras personas en el ítem 21 (\bar{X} = 3.90). Esta información puede ser relevante, dado que por una parte priorizan el uso de herramientas tecnológicas, aunque, esta intervención puede verse potenciada por el apoyo de un terapeuta.

Tabla 13

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
20. Me gusta la idea de aprender estas herramientas en una página web que puedo usar por mi cuenta.	4.29	4	0.824	3.99	4.59
21. Preferiría aprender sobre mis emociones hablando directamente con una persona (como un psicólogo o consejero).	3.90	4	1.106	3.50	4.31
22. El nivel de dificultad de las actividades me pareció adecuado (ni muy fácil, ni muy difícil).	4.13	4	0.922	3.79	4.47
23. Siento que podría completar la mayoría de las Misiones sin necesitar la ayuda de un adulto.	4	4	1.155	3.58	4.42
24. En general, la página web me pareció fácil de usar.	4.68	5	0.702	4.42	4.93

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En la subescala “Sobre el Tiempo y Frecuencia de Uso”, los participantes confirmaron que 20 minutos es una duración adecuada (ver Tabla 14) con el ítem 25 (\bar{X} = 4.13), y reportaron tener la disponibilidad de tiempo en su rutina diaria para realizarla con el ítem 26 (\bar{X} = 4.19). Mientras que con el reactivo 28 (“Preferiría hacer una sesión más larga una sola vez a la semana, en lugar de varias sesiones cortas”), que actúa como un

control negativo obtuvo una baja puntuación ($\bar{X} = 2.45$), lo que indican que los niños no desean sesiones largas y concentradas, validando la decisión de diseño de distribuir el contenido en dosis pequeñas. Finalmente, el ítem 29 (“*Creo que podría recordar a entrar a la página varias veces por semana para completar mis Misiones*”) obtuvo la media más baja de los ítems positivos de esta sección ($\bar{X} = 3.77$). Si bien el resultado es favorable, el límite inferior del IC 95% es de 3.39, lo que sugiere que la adherencia autónoma podría ser un desafío para algunos usuarios.

Tabla 14

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Sobre el Tiempo y Frecuencia de Uso”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
25. Una sesión de 20 minutos me parece un tiempo (ni muy corta, ni muy larga).	4.13	4	0.957	3.78	4.48
26. Normalmente, podría encontrar un momento libre en mi día para hacer una sesión de 20 minutos.	4.19	4	0.833	3.89	4.50
27. Me parece una buena idea usar la página varias veces a la semana en sesiones cortas	4.19	4	0.980	3.83	4.55
28. Preferiría hacer una sesión más larga una vez a la semana, en lugar de varias sesiones cortas.	2.45	2	1.207	2.01	2.89
29. Creo que podría recordar entrar a la página varias veces por semana para completar mis Misiones.	3.77	4	1.056	3.39	4.16

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

En la subescala “Recomendación e Importancia”, la experiencia del usuario fue validada como gratificante (ver Tabla 15), dado que el componente de diversión evaluado con el ítem 30 (“*Me divertí mientras exploraba el contenido y las actividades*”) fue calificado altamente ($\bar{X} = 4.55$). El dato más importante se obtuvo del ítem 35 (“*Pienso que sería importante que los niños y niñas como yo aprendan sobre cómo expresar sus emociones*”), el cual obtuvo la media más alta de los 35 reactivos de la encuesta y menor dispersión ($\bar{X} = 4.81$, $DE = 0.479$). Esto demuestra que los niños no solo disfrutaron el prototipo, sino que reconocen y validan profundamente la relevancia social y personal del entrenamiento en regulación emocional. En cuanto a la dinámica familiar, los participantes no solo consideraron que sus padres aprobarían el uso de la herramienta con el ítem 34 ($\bar{X} = 4.39$), sino que expresaron que es importante que sus padres también aprendan sobre estos

temas (\bar{X} = 4.68). Este hallazgo valida la pertinencia de los módulos para padres diseñados en la Fase II y sugiere una demanda latente por parte de los participantes para que la intervención se consolide como una experiencia compartida para las familias.

Tabla 15

Descriptivos e inferenciales de la Subescala “Recomendación e Importancia”.

Ítem	\bar{X}	M_e	DE	IC 95%	
				LI	LS
30. Me divertí mientras exploraba el contenido y las actividades.	4.55	5	0.723	4.28	4.81
31. Si esta página fuera una aplicación o programa completo, me gustaría usarlo.	4.26	5	1.095	3.86	4.66
32. Me parecería útil que mis padres también pudieran aprender sobre estos temas en esta página web.	4.68	5	0.599	4.46	4.90
33. Recomendaría “La Fórmula de la Felicidad” a un amigo o amiga que a veces se siente triste o enojado.	4.61	5	0.615	4.39	4.84
34. Pienso que a mis padres (o tutores) les parecería bien que yo usara esta página.	4.39	5	0.882	4.06	4.71
35. Pienso que sería importante que los niños y niñas como yo aprendan sobre cómo expresar sus emociones.	4.81	5	0.479	4.63	4.98

Nota. **LI**: Límite Inferior; **LS**: Límite Superior.

Se empleó la *V* de *Aiken* para determinar la validez de contenido de la intervención desde la perspectiva del usuario final. Originalmente, esta prueba estadística fue diseñada para la validez de contenido por jueces (Aiken, 2003), este sentido permitirá ser empleada como un indicador de la magnitud del acuerdo favorable de los participantes respecto a las características del prototipo. Adicionalmente, se calcularon los intervalos de confianza al 95% para cada coeficiente, de acuerdo a las recomendaciones de Penfield y Giacobbi (2004). El límite inferior (*LI*) del intervalo permite determinar la significancia estadística del acuerdo; un límite inferior mayor a .50 indica que el consenso observado no es debido al azar. Por lo que se estableció un criterio de aceptación de $V \geq .70$.

Como se observa en la Tabla 16, los resultados evidencian una validez de usabilidad robusta. Los 35 reactivos superaron el punto de corte establecido, oscilando los valores de

V entre un mínimo de 0.710 y un máximo de 0.919. Mientras que los límites inferiores (LI) de los intervalos de confianza se mantuvieron consistentemente por encima de 0.60.

El consenso con respecto a la sección “Facilidad de Uso y Claridad” fue alto y consistente. Los coeficientes oscilaron entre 0.790 y 0.887. Se destaca el ítem 1 que hace referencia a la facilidad y autonomía del participante, el cual obtuvo el valor más alto de la sección ($V = 0.887$), lo que hace referencia a que, en esta muestra el prototipo fue muy intuitivo para ser utilizado. Mientras que, el ítem 2 que hace referencia a la comprensión del objetivo del prototipo, fue validado con claridad ($V = 0.871$). Por otro lado, el ítem 3 que hace referencia a la claridad de las instrucciones, fue el que presentó el valor más bajo del bloque ($V = 0.790$), aunque indicó que las instrucciones fueron funcionales para la gran mayoría de los participantes.

Con respecto a la sección “Diseño y Materiales Visuales”, se observó una validación sólida en cuanto al diseño visual del prototipo, con valores que oscilaron de 0.750 y 0.871. El elemento con mayor consenso fue el ítem 9 ($V = 0.871$), donde los participantes acordaron fuertemente que el diseño en general les motivó a la exploración del prototipo. Asimismo, los recursos visuales y narrativos evaluados con el ítem 8 obtuvieron un consenso aceptable y alto ($V = 0.871$), respaldando su inclusión. Por otro lado, el ítem 6 que hace referencia al diseño de los personajes, obtuvo el valor más bajo de este bloque ($V = 0.750$), aunque es válido, puede sugerir que la preferencia estética es un elemento con mayor variabilidad subjetiva dentro de esta dimensión.

En la sección “Contenido y Actividades” presentó niveles de acuerdo excelentes, validando la pertinencia educativa del prototipo, dado que sus valores oscilaron entre 0.750 y 0.895. El consenso más alto se observó en el ítem 11 ($V = 0.895$), confirmando que las actividades interactivas son percibidas como entretenidas. Mientras que el ítem 14, que hace referencia a la identificación con las situaciones y ejemplo presentados, obtuvo la puntuación más baja del bloque ($V = 0.750$), consistente con el análisis descriptivo, indicando una aceptación adecuada, pero con área de oportunidad de mejora para diversificar las narrativas.

El consenso en la subescala “Potencial para la Regulación Emocional” sobre la eficacia terapéutica fue percibida como notablemente alto, con valores que oscilan entre 0.774 y 0.863. El mayor consenso se ubica en el ítem 17 que hace referencia a la utilidad de las técnicas de respiración y relajación ($V = 0.863$). la intención de uso futuro evaluada

con el ítem 19 ($V = 0.855$), lo que sugiere que los usuarios confían en la herramienta para situaciones de crisis.

En la subescala “Experiencia en Línea y Dificultad” se observó el hallazgo más relevante con esta prueba estadística. El ítem 24 que hace referencia a la facilidad para usar el prototipo obtuvo el coeficiente más alto de todo el instrumento ($V = 0.919$), lo que lo consolida como un consenso casi unánime. La dificultad evaluada con el ítem 22 ($V = 0.782$) y la autonomía evaluada con el ítem 23 ($V = 0.750$) también superaron el criterio de validación, aunque no fue tan contundente.

En la subescala de “Tiempo y Frecuencia de Uso”, el consenso valida la estructura temporal de la intervención. La disponibilidad de tiempo (ítem 26) y la frecuencia propuesta (ítem 27) mostraron un acuerdo alto, ambos con $V > 0.83$, demostrando una alta probabilidad de usabilidad.

La dimensión final “Recomendación e Importancia” obtuvo niveles de consenso consistentemente más altos, reflejando el éxito en la aceptabilidad social y afectiva del prototipo. El ítem 30 que evalúa si el participante se divirtió mientras exploraba la página web, alcanzó una $V = 0.911$, confirmando el éxito de la gamificación del prototipo. En relación a la importancia de aprender sobre regulación emocional evaluada con el ítem 35 obtuvo una $V = 0.895$, evidenciando que los niños validan la relevancia de la temática. Por último, la utilidad para los padres (ítem 32, $V = 0.815$) y la recomendación a pares (ítem 33, $V = 0.855$), mostraron un acuerdo sólido, indicando un alto potencial de adopción del prototipo.

Tabla 16

Coeficientes de la V de Aiken e intervalos de confianza por ítem.

Dimensión	Ítem	V de Aiken	LI	LS
Facilidad de Uso y Claridad	1	0.887	0.819	0.932
	2	0.871	0.801	0.919
	3	0.790	0.710	0.853
	4	0.847	0.773	0.900
	5	0.839	0.764	0.893
Diseño y Materiales Visuales	6	0.750	0.667	0.818
	7	0.790	0.710	0.853

Tabla 16*Coefficientes de la V de Aiken e intervalos de confianza por ítem.*

Dimensión	Ítem	V de Aiken	LI	LS
	8	0.823	0.746	0.880
	9	0.871	0.801	0.919
Contenido y Actividades	10	0.847	0.773	0.900
	11	0.895	0.829	0.938
	12	0.839	0.764	0.893
	13	0.871	0.801	0.919
	14	0.750	0.667	0.818
	15	0.855	0.782	0.906
Sobre el Potencial para la Regulación Emocional	16	0.839	0.764	0.893
	17	0.863	0.791	0.913
	18	0.774	0.693	0.839
	19	0.855	0.782	0.906
Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad	20	0.823	0.746	0.880
	21	0.726	0.641	0.797
	22	0.782	0.702	0.846
	23	0.750	0.667	0.818
	24	0.919	0.858	0.956
Sobre el Tiempo y Frecuencia de Uso	25	0.710	0.624	0.782
	26	0.839	0.764	0.893
	27	0.831	0.755	0.886
	28	0.718	0.633	0.789
	29	0.815	0.737	0.873
Recomendación e Importancia	30	0.911	0.848	0.950
	31	0.879	0.810	0.925
	32	0.815	0.737	0.873
	33	0.855	0.782	0.906
	34	0.847	0.773	0.900
	35	0.895	0.829	0.938

Análisis cualitativo

Para profundizar en la experiencia del usuario y explorar las percepciones subjetivas sobre el prototipo, se realizaron cuatro grupos focales con niños de la población objetivo. La información recabada se sistematizó en cinco categorías principales: Usabilidad y Accesibilidad Técnica, Diseño Visual y Multimedia, Pertinencia del Contenido y Gamificación, Preferencias de Modalidad y Privacidad, Percepción Sistémica (Padres y Maestros).

En la categoría “Usabilidad y Accesibilidad Técnica”, los participantes reportaron que, de manera general, la página web es fácil de usar. Sin embargo, se identificó una barrera tecnológica relacionada con el dispositivo de acceso. En dos grupos, los participantes manifestaron dificultades motrices y de familiaridad al interactuar con el teclado y mouse de las laptops, sugiriendo de manera específica que la navegación sería más fluida si el prototipo estuviera disponible para otros dispositivos móviles como celulares o tabletas electrónicas. La mayoría de los participantes mencionaron que podrían hacer uso de la página web sin la ayuda de un adulto.

En la categoría de “Diseño Visual y Multimedia”, los participantes valoraron la estética del prototipo de manera positiva, destacando la temática de “robots” y el uso de “emojis” como elementos facilitadores que no solo hicieron la interfaz más atractiva y que les ayudaron para la comprensión de las instrucciones. En cuanto a la legibilidad, surgió un hallazgo consistente, respecto a la accesibilidad visual, algunos participantes reportaron problemas de contraste en la “descripción de las Misiones” en la visión general, dado que señalaron dificultades para leer el texto sobre el fondo amarilla seleccionado, sugiriendo la necesidad de ajustar la paleta de colores para mejorar la visibilidad de las instrucciones. Respecto a los recursos audiovisuales, la duración de los videos (menos de 8 minutos) fue considerada adecuada por la mayoría de los participantes, validando el diseño instruccional breve, aunque un participante señaló que la duración podría extenderse si el contenido logra mantener la concentración. El tono de voz utilizado en los videos también fue valorado positivamente, los participantes reconocieron los dos tipos de voces empleados para los videos explicativos y los videos de meditación. Como área de mejora en la experiencia del usuario, dos participantes de diferentes grupos, sugirieron integrar música de fondo o canciones para acompañar la navegación y la realización de actividades.

En la categoría “Pertenenencia del Contenido y Gamificación”, los participantes calificaron como claro y comprensible al lenguaje utilizado. Mientras que, las actividades y juegos fueron percibidos como divertidos y fáciles de realizar, destacando las herramientas específicas como el “Diario virtual”, valorado por permitir el registro y la lectura posterior de las entradas. La actividad del “Memorama de las emociones” fue calificada como difícil, dado que la pantalla no permitía visualizar todas las cartas en conjunto y el participante tenía que deslizarse. Un par de participantes consideraron como aburrido el realizar las evaluaciones luego de cada sesión, lo consideraron repetitivo. Hubo una solicitud por la mayoría de los participantes, en incrementar la cantidad de juegos en cada sesión para mantener el nivel de diversión y *engagement*. Los participantes sugirieron la inclusión de nuevas temáticas, tales como, actividades de escucha activa y escenarios de toma de decisiones (“¿Qué harías en el lugar del otro?”), esto puede ser visto como una manera para fomentar la empatía. Con respecto a la identidad del proyecto, sugirieron propuestas espontáneas para el nombre de la página, tales como, “La Fórmula de las Emociones” o “Hablando de emociones”, lo que denota un involucramiento activo con el propósito de la intervención.

En la categoría de “Preferencias de Modalidad y Privacidad” se encuentra uno de los hallazgos cualitativos más relevantes que valida la pertinencia de la intervención telepsicológica frente a la tradicional. Los participantes expresaron una preferencia explícita por utilizar la página web para aprender sobre sus emociones en lugar de hablar frente a sus compañeros en un salón de clase, citando la “pena” o vergüenza como una barrera en la interacción presencial. Mientras que la herramienta digital fue percibida como un espacio seguro donde “no tendrían que ocultar” sus emociones. Asimismo, se validó la estructura temporal propuesta, la mayoría de los participantes reportaron verbalmente preferencia por el acceso autodirigido (20 minutos al día, tres veces a la semana, en contraste con la instrucción dirigida por un psicólogo externo en el horario escolar.

Por último, en la categoría “Percepción Sistémica (Padres y Maestros)”, al preguntarles a los participantes sobre la importancia de que los adultos (padres y maestros) también reciban entrenamiento en regulación emocional, los participantes manifestaron esta necesidad describiendo situaciones en la que los adultos “se estresan”, “se enojan y rompen cosas” o “no saben cómo tratarlos cuando están enojados”. Los participantes perciben que la falta de regulación emocional en los adultos genera conflictos y conductas

hirientes, por lo que consideran que, si sus padres o maestros aprendieran sobre cómo regular sus emociones, se evitarían daños a otras personas.

Integración de datos cuantitativos y cualitativos

Para integrar los datos cuantitativos y cualitativos, se empleó una estrategia de triangulación convergente, contrastando los resultados de la encuesta (validez de usabilidad y consenso) con las narrativas emergentes de los grupos focales. La integración de datos revela una alta coherencia entre ambas fuentes, donde los datos cualitativos proporcionaron la explicación contextual para las tendencias estadísticas obtenidas. A continuación, se presentan los hallazgos integrados por dimensiones clave.

Los datos cuantitativos mostraron un consenso casi unánime sobre la facilidad de uso del prototipo. Sin embargo, la integración cualitativa matiza este hallazgo: si bien la interfaz es intuitiva, la accesibilidad física presentó barreras. El ítem 14 sobre la autonomía ($\bar{X} = 4.00$) mostró la mayor desviación estándar de su bloque ($DE = 1.15$). La evidencia cualitativa puede explicar esta variabilidad, dado que, de acuerdo a lo reportado por los participantes, no es falta de comprensión cognitiva, sino la dificultad motriz al manipular una laptop. Por ese motivo, hubo participantes que demandaron explícitamente una versión táctil para visualizarlo en otros dispositivos electrónicos, lo que requiere una optimización multidispositivo.

Existe una convergencia clara respecto al atractivo estético. El ítem 6 sobre personales y colores obtuvo valoración alta ($\bar{X} = 4.58$), lo que respalda con los comentarios positivos de los participantes en cuanto a la temática de robots y uso de emojis. Mientras que el ítem 7 ($\bar{X} = 4.13$), fue el más bajo de la subescala "Diseño y Materiales Visuales", la narrativa cualitativa demuestra la causa, pues el contraste de color en la sección de las Misiones (texto sobre fondo amarillo) no facilitó la lectura de la descripción. El diseño gráfico es adecuado, pero requiere ajustes de cumplimiento de normas de accesibilidad web en cuanto contraste cromático.

Al respecto de la duración de la intervención, los datos cualitativos y cuantitativos se alinean para validar la duración de 20 minutos al día, tres veces por semana, en vez de sesiones largas. Lo que puede resultar adecuado para la capacidad atencional y la rutina de la población objetivo. Además, al presentar la posibilidad de dos tipos de modalidad, tradicional vs telepsicológica autodirigida), en los datos cuantitativos los niños aceptan el prototipo, pero mantienen una preferencia por el contacto humano, mientras que los datos

cualitativos explican la preferencia por la página web, dado que lo ubican como un entorno seguro y privado, debido a que, una estrategia tradicional y presencial implica exponer sus emociones frente a sus pares, lo cual puede ocasionar cierta pena. Desde esta perspectiva, es fundamental establecer que la página web ocupa un papel como espacio seguro de transición, sin competir y mucho menos ocupar el lugar de un terapeuta, pero puede facilitar la apertura emocional que es difícil en entornos presenciales grupales.

Tanto los datos obtenidos en la encuesta como los grupos focales revelaron la demanda de inclusión parental. El ítem sobre la utilidad para padres fue uno de los mejores evaluados, mientras que cuantitativamente, los participantes manifestaron que sus padres deberían aprender a modular sus emociones podría ayudar a evitar conflictos y mejorar la forma en cómo interactúan con ellos.

Con base a la triangulación de los hallazgos, se presenta el listado de modificaciones (ver Tabla 17) y optimizaciones para la versión final de la intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Tabla 17

Modificaciones para la optimización del prototipo.

Dimensión	Evidencia	Accionable
Identidad	Propuestas sugeridas en los grupos focales (“La Fórmula de las Emociones”, “Hablando de Emociones”) vs la aceptación cuantitativa del nombre actual (“La Fórmula de la Felicidad”).	Considerar ajustar el nombre a “La Fórmula de las Emociones” para mayor claridad conceptual, manteniendo la metáfora científica.
Diseño visual	Media más baja en tipografía explicada por quejas sobre fondo amarillo en descripción de las Misiones.	Cambiar el fondo amarillo de las Misiones u oscurecer la tipografía.
Accesibilidad motriz	Alta facilidad percibida cuantitativamente, pero con dificultad motriz con laptops reportada en cualitativo.	Optimizar para dispositivos móviles y la interacción táctil.
Experiencia del usuario	Solicitud cualitativa sobre la inclusión de música.	Integrar un botón de música de fondo que el usuario pueda activar o desactivar,

Tabla 17*Modificaciones para la optimización del prototipo.*

Dimensión	Evidencia	Accionable
Contenido	Percepción cuantitativamente baja de la identificación con ejemplos o situaciones presentadas.	además de ajustar el volumen de acuerdo a su preferencia. Validar contenidos de las historietas y otras situaciones presentadas.
	Incluir estrategias para la promoción de la empatía.	Incluir multiescenarios que permitan la toma de decisiones.
Gamificación	Dificultad reportada en el “Memorama de las emociones” por problemas de visualización.	Rediseñar el juego para que quepa en una sola pantalla (sin scroll).
	Solicitud de más juegos en vez de evaluaciones por sesión.	Reajustar las evaluaciones para mayor dinamismo.
Sistémica	Alto consenso en que los padres deben aprender para mejorar el trato hacia los niños.	Desarrollar los módulos parentales con el componente central en la reducción del estrés y modulación del enojo, añadiendo elementos para el trato de los niños. Convertir a los niños en posibles agentes de motivación para incitar a los padres a emplear esta estrategia.
	Estructura	Rechazo a sesiones originales.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo general validar una intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web, a partir de criterios de la validez de contenido, usabilidad y aceptabilidad para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Este estudio surge de la necesidad de desarrollar estrategias telepsicológicas accesibles y escalables que permitan la prevención de los trastornos del estado de ánimo en las primeras décadas de la vida, como la depresión y el comportamiento suicida infantil, que permitan la superación de barreras de acceso a los servicios de salud mental en México.

Mediante un diseño metodológico mixto y conformado por tres fases secuenciales (Fase I: Detección de necesidades de atención psicológica y factores asociados a la depresión infantil para su prevención; Fase II: Diseño y Validación de la intervención telepsicológica; Fase III: Evaluación de la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario con el uso del prototipo), se logró configurar un prototipo funcional denominado “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias”, el cual integra la rigurosidad clínica con la experiencia del usuario.

Este proceso implicó desde la revisión teórica de los factores asociados a la depresión y el comportamiento suicida, hasta la identificación de las técnicas de intervención más empleadas dentro del contexto clínico. A partir de este punto, se reconoce a la regulación emocional como el elemento transdiagnóstico (Moltrecht, Patalay, et al., 2021), por lo que se considera el punto central de la intervención. Posteriormente, se diseñaron y validaron las cartas descriptivas mediante jueces expertos, para proceder al diseño web del prototipo, mismo que fue sometido a evaluación por parte de los usuarios finales, para determinar el nivel de usabilidad, accesibilidad y experiencia del usuario.

Los hallazgos globales confirman que es posible traducir los principios terapéuticos complejos (como reestructuración cognitiva, entrenamiento en regulación emocional, entrenamiento en solución de problemas, entre otros) a un formato digital, lúdico y de carácter autodirigido, que tenga altos niveles de validez de contenido y una aceptación sobresaliente por parte de la población objetivo.

La triangulación de los resultados obtenidos en las diferentes fases que conforman el estudio, permite afirmar que la intervención propuesta es una herramienta viable,

pertinente y sostenible, que cumple con la validez necesaria para que en futuras investigaciones pueda ser probada su eficacia.

A continuación, se discuten los principales hallazgos específicos de cada fase de la investigación, contrastándolos con la evidencia científica disponible y analizando sus implicaciones teóricas y prácticas para el campo de la implementación de la telepsicología en población infantil.

Discusiones Fase I

El primer objetivo específico de esta investigación fue detectar las necesidades de atención psicológica y los factores asociados a la depresión infantil para su prevención mediante la regulación emocional, a partir de la revisión de la literatura y el análisis de contenido de entrevistas de expertos. Los resultados obtenidos de esta fase no solo confirmaron la problemática de la presencia de los trastornos del estado de ánimo en la infancia, sino que, además perfilaron las características específicas que debía tener la intervención.

Entorno familiar como eje de riesgo y protección

Uno de los hallazgos más relevantes obtenidos mediante las entrevistas a expertos fue la identificación de la disfuncionalidad familiar (por ejemplo, divorcio conflictivo, separación familiar y estilos de crianza inapropiados) como uno de los principales detonantes de la sintomatología depresiva en niños. Esto se alinea teóricamente con lo reportado en la literatura (Allen et al., 2014; Repetti et al., 2002), lo cual establece que los entornos familiares adversos son predictores de los trastornos mentales en la infancia.

Sin embargo, un aporte valioso de esta fase fue el reconocimiento de la identificación de la incompetencia parental percibida como un mecanismo que mantiene el problema. Los terapeutas expertos reportaron que, a menudo, los padres no tienen las habilidades para la validación y manejo de las emociones de sus hijos. Al respecto, en la literatura se encontró evidencia sobre el impacto de intervenciones tradicionales donde se cuenta con la participación de la díada padres-hijos, en donde se dota a los padres de herramientas de regulación emocional para la mejora del estado mental del hijo. Además, es necesario entender que la desregulación parental predice la desregulación en el hijo (Berkowitz et al., 2025), por lo que se necesitan intervenciones conjuntas.

La Regulación Emocional como necesidad transdiagnóstica

Al averiguar sobre las necesidades de atención psicológica, hubo un consenso entre los expertos al identificar el déficit en la regulación emocional como el centro de la sintomatología depresiva observada, la cual se manifiesta con elementos emocionales como irritabilidad, cambios de humor o dificultades en la expresión de emociones, lo que, a su vez conlleva comportamientos disruptivos y aislamiento.

Desde este punto, se tomó en cuenta el clásico modelo de Proceso consensual de emociones de Gross (1998) como fundamento teórico del estudio. Además, la literatura indica que para la atención a la depresión infantil es necesario enfocarse en la tríada cognitiva (Kovacs et al., 2019). Estos antecedentes teóricos al ser vinculados con la experiencia de práctica clínica de los terapeutas, enfatizó la urgencia de herramientas conductuales y emocionales que permitan la identificación y modulación de emociones, asociado con la toma de decisiones y el control de impulsos. Esto coincide con lo reportado en la literatura, donde se posiciona a la regulación emocional como el factor de protección transdiagnóstico (Moltrecht, Deighton, et al., 2021), esto permitió justificar que el prototipo no fuera una intervención exclusiva para la depresión infantil, sino una intervención de carácter preventivo que permita la promoción de habilidades de regulación emocional.

La brecha de atención y la pertinencia de la telepsicología en el contexto mexicano

Los expertos participantes y la revisión de la literatura evidenciaron la falta de intervenciones telepsicológicas en el contexto mexicano que fueran desarrolladas específicamente para población infantil y que cumplan con la característica de ser autodirigida en la promoción de la regulación emocional. Si bien los expertos reconocieron la viabilidad y necesidad de la telepsicología, especialmente posterior a la pandemia por COVID-19, la mayoría no logró identificar recursos accesibles con dicha adaptación cultural. Aunque manifestaron que debía ser bien delimitada para evitar que sea una herramienta que incremente la probabilidad de la sustitución de un terapeuta, convirtiéndose en un motivo que retrase la atención especializada, sobre todo en aquellas ocasiones en que la presencia de los trastornos mentales requiere de la participación de un especialista de la salud.

A pesar de la creciente literatura internacional sobre estrategias desde la telepsicología para la promoción de la regulación emocional (David et al., 2021; Domhardt

et al., 2020; Edbrooke-Childs et al., 2017; Edridge et al., 2019, 2020; Kaur et al., 2025; Moltrecht, Patalay, et al., 2021; Reynard et al., 2022; Xiong et al., 2025), en México hay una brecha tecnológica. La aceptación teórica de los expertos hacia una herramienta web autodirigida, sumada a la falta de opciones existentes, confirmó la relevancia, social, tecnológica y científica de desarrollar “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias”.

La formulación de caso como puente metodológico

Una de las fortalezas metodológicas centrales de este estudio radica en el uso de los mapas teóricos de patogénesis, fortalezas y alcance de metas (Nezu et al., 2006; Valencia & Ruíz-Elnecape, 2013), como herramientas de traducción entre el diagnóstico situacional, el diseño instruccional y el diseño web. Siguiendo la lógica de formulación de caso propuesta por Nezu y colaboradores (2006), el diseño “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias” no fue arbitrario, sino que responde a las necesidades detectadas y los factores asociados, además, de que se seleccionaron las principales técnicas empleadas y que han demostrado evidencia de ser eficaces en población infantil.

El mapa de patogénesis reveló que la desregulación emocional y los conflictos familiares operan como variables mediadoras de la depresión infantil. Por su parte, el mapa de fortalezas identifica la resiliencia, las fortalezas de carácter y las relaciones positivas como factores de protección. La inclusión de este mapa permitió que el diseño se alejara de un modelo puramente clínico-patológico para adoptar uno salutogénico.

Finalmente, el mapa de alcance de metas permitió definir los objetivos del tratamiento y las técnicas que permitieran alcanzar los resultados esperados. Estos mapas se convirtieron en la estructura que sustentó el diseño de la intervención.

Discusiones Fase II

El segundo objetivo específico de esta investigación fue validar el contenido intervención telepsicológica diseñada bajo el modelo cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años a partir del método de jueceo de expertos. Esta fase consistió en traducir los principios de la Terapia Cognitivo-

Conductual y la Psicología Positiva a un entorno digital, asegurando la fidelidad terapéutica de las técnicas seleccionadas.

La traducción digital de los componentes clínicos

El diseño de la intervención telepsicológica tomó como sustento el marco holístico CeHRes (van Gemert-Pijnen et al., 2011). Esta elección metodológica fue crucial para evitar errores en el desarrollo de estrategias de eHealth, sustentando que es necesaria la evaluación constante de las tecnologías para garantizar un producto que beneficie a la población. El prototipo fue desarrollado con sesiones breves y gamificación narrativa, para lograr conectar con la población objetivo y que esto permita una alta probabilidad de aceptación y usabilidad por parte de los usuarios finales.

La estructuración en diez módulos secuenciales para niños y padres permitió operacionalizar constructos y técnicas complejas como la reestructuración cognitiva en actividades concretas. Esto coincide con las recomendaciones encontradas en la literatura sobre la necesidad de adaptar el lenguaje clínico a metáforas lúdicas para mantener la adherencia a los tratamientos autodirigidos (Theresa Fleming et al., 2019) y superar la barrera del aburrimiento o la incompreensión conceptual.

La validación por consenso de expertos

La validación de contenido mediante jueces expertos demostró resultados estadísticos contundentes que respaldan la solidez teórica del diseño. La obtención de una *V* de *Aiken* perfecta ($V = 1.00$) en la dimensión de “Objetivos” confirma que la intervención está alineada con los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual.

De igual manera, es destacable que los ítems relacionados con la pertinencia de las técnicas y la secuencia de los módulos también obtuvieron acuerdos unánimes ($V = 0.99$), lo que sugiere que, a juicio de expertos, la intervención puede ser capaz de inducir cambios terapéuticos sin la presencia síncrona de un terapeuta, lo que genera la hipótesis de que es posible enseñar regulación emocional de manera autodirigida si el diseño instruccional es robusto y el diseño permite la adopción por parte de los usuarios finales.

Discusiones Fase III

El tercer objetivo específico de esta investigación fue evaluar la usabilidad, aceptabilidad y la experiencia del usuario del prototipo de la intervención telepsicológica

cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años.

Los resultados cuantitativos (V de *Aiken* global $> .70$) y cualitativos obtenidos de 31 participantes confirman la viabilidad del diseño. No obstante, más allá de los resultados estadísticamente significativos, es necesario contrastarlos con los desafíos de implementación reportados en la literatura internacional.

Usabilidad y aceptabilidad como requisitos previos de la eficacia

Los participantes reportaron una alta probabilidad de usabilidad, así como una experiencia positiva y divertida luego de la interacción, lo que es un logro técnico que puede indicar un predictivo de adherencia en las futuras investigaciones sobre su eficacia. La literatura sobre otras intervenciones telepsicológicas, por ejemplo, SPARX una intervención que demostró que la experiencia del usuario no es sólo un aspecto estético, sino un componente terapéutico (Terry Fleming et al., 2025; Theresa Fleming et al., 2012; Lucassen et al., 2021; Merry et al., 2012; Shepherd et al., 2018). Incluso en la evidencia del fracaso de la implementación del SPARX-R en jóvenes infractores, se observó que la adherencia fue casi nula debido a una percepción de diseño infantil y deficiente (Theresa Fleming et al., 2019), lo que sugiere que la intervención puede ser rechazada por su diseño independientemente de su contenido terapéutico.

En este contexto, la validación del diseño del prototipo sugiere que ha superado la barrera de entrada que genera las barreras de la eficacia clínica. Al igual que en el protocolo de la app CHEER (Xiong et al., 2025), los resultados obtenidos en esta investigación confirman que el engagement temprano es posible si el diseño se alinea a las expectativas lúdicas de los niños de 9 a 12 años.

Gamificación como componente terapéutico

La triangulación de datos en esta fase validó que la interacción con el prototipo no solo fue divertida, sino que los participantes percibieron la utilidad de la herramienta tecnológica para aprender a expresar y manejar sus emociones. Esto puede ser vinculado con el Modelo de Cascada Emocional, el cual propone que las conductas de riesgo se refuerzan porque actúan como distractores potentes que interrumpen la rumiación (Selby et al., 2008).

Esta investigación propuso que la gamificación validada en esta fase por parte de una muestra de usuarios finales, puede ayudar a proveer una experiencia digital que sirva como distracción cognitiva que sea adaptativa y funcional, que a su vez permita el aprendizaje para modular aquellos estados de ánimo negativos. A su vez, esto puede ayudar a la mejora de la experiencia del usuario y reforzar la adherencia al tratamiento, pues el participante se involucra, mientras percibe una mejora emocional.

Tipos de modalidad

Los participantes aceptaron el uso de la página web, manteniendo una preferencia moderada por el contacto con otras personas. Aunque parezca contradictorio, este resultado se alinea con los hallazgos de Casella y colaboradores (2025). Los autores encontraron que, aunque las actividades autodirigidas producían mejoras, la intervención con la participación del terapeuta obtuvo mejores resultados.

En el caso de los resultados hallados en esta investigación, los participantes perciben a esta intervención telepsicológica como un espacio que ofrece privacidad y seguridad, mientras que un experto puede ayudar brindando contención. Esto plantea que el modelo de implementación de esta intervención telepsicológica no es la sustitución de un terapeuta, sino como herramienta escalable, inclusive de acompañamiento al tratamiento, donde la tecnología asume la psicoeducación y el entrenamiento y reforzamiento de habilidades en regulación emocional, mientras que el terapeuta puede lidiar con casos complejos y de contención.

Los participantes validaron la necesidad de aprender sobre sus emociones, por lo tanto, es importante resaltar que esta intervención se inserta como estrategia de promoción de la regulación emocional y no como un tratamiento de la depresión infantil. La aceptación del prototipo en una muestra escolar no clínica (con diversos niveles de riesgo y la posibilidad de presentar barreras tecnológicas) confirma que este enfoque es salutogénico, que puede eliminar barreras como el estigma y facilitando la prevención indicada.

En este sentido, esta intervención puede cumplir con funciones de detección temprana y canalización, reduciendo así el tiempo de atención específica y garantizando el acceso a los servicios universales de salud. Además, que puede ser un modelo replicable dentro del contexto educativo, que, a su vez puede ser sostenible en el tiempo debido a que no es necesaria la interacción con un terapeuta y se pueden establecer elementos

automáticos para motivar a los usuarios como recordatorios o insignias otorgadas al finalizar cada sesión.

Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo fundamental diseñar y validar una intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años. Tras la aplicación de un diseño metodológico mixto en tres fases secuenciales, se presentan las siguientes conclusiones que responden a los objetivos planteados.

La desregulación emocional y la disfuncionalidad familiar se presentan como los principales factores de riesgo para la depresión infantil. Al respecto, la detección de una brecha en cuanto a herramientas digitales que cumplan con ciertas características para ser empleadas en el contexto mexicano, valida la pertinencia social y clínica de desarrollar intervenciones telepsicológicas desde un modelo salutogénico como “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias”.

Es factible traducir los principios terapéuticos del modelo cognitivo-conductual y la Psicología Positiva a un formato digital asincrónico sin sacrificar la fidelidad terapéutica. El uso de mapas teóricos de patogénesis, fortalezas y alcance de metas demostró ser una metodología eficaz para estructurar una intervención basada en la evidencia científica. Posteriormente, la validación por jueces expertos respaldó la solidez teórica del diseño basado en la gamificación.

La evaluación del prototipo de la intervención telepsicológica “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias” en una muestra usuarios finales demostró que posee una alta validez de usabilidad y aceptación basada en la experiencia del participante. Fue un prototipo validado como intuitivo y fácil de usar de manera autónoma, aunque se resalta la necesidad de optimizar la accesibilidad para diferentes dispositivos móviles y potenciar el diseño visual para garantizar la adopción por parte de los usuarios finales.

Además, el prototipo de la intervención fue percibido como divertido, útil y relevante, teniendo como ventaja un modelo de sesiones breves que pueden captar la atención de los usuarios y ser un recurso que permita la distracción cognitiva ante ciertos escenarios. Asimismo, se considera como un espacio seguro y privado para el aprendizaje y la reflexión

sobre las emociones, complementando sin sustituir la preferencia con el contacto con un terapeuta especialista.

En ese sentido, la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación se confirma, permitiendo presentar el prototipo de la intervención telepsicológica “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de Regulación Emocional para Niños y sus Familias” como una herramienta de salud digital validada y que presenta altas probabilidades de usabilidad y aceptación entre los usuarios finales, la cual representa una innovación tecnológica viable y escalable para la promoción de la salud mental en México.

Su diseño centrado en la experiencia del usuario y fundamentada en la evidencia científica disponible lo posiciona como un recurso prometedor que puede permitir la reducción de la brecha de atención, sirviendo como herramienta de detección oportuna y como estrategia de atención en la primera línea para la promoción de la regulación emocional como prevención de síntomas depresivos antes de ser consolidados como trastorno del estado de ánimo o la aparición del comportamiento suicida.

Limitaciones del Estudio

A pesar de que se intentó seguir esta investigación bajo una rigurosidad metodológica empleada en las diferentes fases de estudio, lo que permitió la solidez de los resultados obtenidos en cuanto al diseño y usabilidad del prototipo, es necesario reconocer las limitaciones que restringen la generalización de los hallazgos.

La principal limitación reside en el tamaño y selección de la muestra de la Fase III ($N = 31$). Debido a que la muestra se conformó de manera no probabilística y por conveniencia y que la investigación se realizó en una única escuela primaria pública del estado de Hidalgo, los resultados pueden estar siendo influenciados por las características sociodemográficas y culturales de este grupo. Por lo que, generalizar estos hallazgos a otros contextos como escuelas privadas o diferentes regiones geográficas, debe realizarse con cautela.

Asimismo, la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final” fue un instrumento diseñado *ad hoc* para obtener resultados en este estudio. Si bien demostró una consistencia interna global excelente, el análisis psicométrico por subescalas reveló una baja fiabilidad en dimensiones específicas, esto aunado al tamaño de la muestra que limitó los análisis estadísticos aplicados para obtener la estructura interna del instrumento, para seguir los principios de la psicometría en cuanto a la construcción de instrumentos.

Por otro lado, la evaluación de la usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario fue realizada dentro de un entorno controlado (salón de cómputo dentro de la escuela) y en una única sesión de interacción de 50 minutos, lo cual puede diferir del contexto natural del uso de una intervención psicológica como en casa y compitiendo con otros distractores cotidianos. Por lo que, los altos niveles de atención y finalización de sesiones observados durante la interacción con el prototipo pueden ser diferentes en contextos no controlados, por lo que no se podría garantizar la misma adherencia en uso prolongado y autónomo en casa. Esto a su vez, puede ser un área de oportunidad para centralizar que esta intervención sea realizada dentro del contexto educativo y en coordinación con el personal docente para garantizar el acceso y uso de la estrategia.

El prototipo fue evaluado utilizando laptops. No obstante, los resultados cualitativos evidenciaron que algunos participantes presentaron dificultades para interactuar de manera fluida debido al desconocimiento para el manejo de laptops, manifestando una preferencia

por interfaces táctiles. Es posible que, al evaluar la experiencia del usuario empleando otros dispositivos móviles puede haber variaciones en los niveles de usabilidad y aceptabilidad.

Por último, es importante delimitar que este estudio se centró en el diseño, validación y evaluación de la usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario. Debido a su diseño descriptivo y transversal, no permitió la evaluación de la eficacia, dado que, en la literatura se reporta que es necesario las adecuaciones para la optimización del recurso tecnológico previo a su implementación.

Recomendaciones

Con base a los hallazgos y limitaciones de este estudio, se propone que las siguientes líneas de investigación den continuidad y profundidad en la optimización y aplicación del prototipo.

Dada la evidencia cualitativa sobre las barreras motrices en el uso de laptops, se recomienda priorizar el desarrollo de una versión adaptable y optimizada para ser empleada en diversos dispositivos móviles y computadoras, permitiendo una mayor interacción de acuerdo a las características de la población infantil actual.

Implementar las mejoras de diseño identificadas en la evaluación cualitativa, ajustando la paleta de colores e integrando mayores elementos de personalización del entorno, como la activación de música de fondo que permita potenciar la experiencia inmersiva.

Diseñar el apartado web del módulo para padres, incorporando estrategias de interacción asincrónica para vincular las actividades del niño con las del adulto, promoviendo un aprendizaje en conjunto que permita la mejora de la interacción familiar. Así como la evaluación del prototipo por parte de los adultos para garantizar la usabilidad y aceptabilidad.

Para futuras investigaciones, luego de potenciar el prototipo, es imperativo realizar un ensayo clínico aleatorizado con un grupo experimental y un grupo de espera, con un diseño pretest- postest para determinar el impacto real de la intervención sobre el incremento de habilidades en la regulación emoción y el posible efecto en la reducción de sintomatología depresiva.

De igual manera, realizar investigaciones comparativas entre el uso de esta intervención versus la intervención tradicional, así como en uno mixto (tradicional más intervención telepsicológica), con la finalidad de determinar el tamaño del efecto y ampliar la evidencia científica sobre la eficacia de intervenciones autodirigidas basadas en la web.

Se sugiere diseñar estudios con seguimiento a mediano plazo (3, 6 y 12 meses) para evaluar el mantenimiento de las habilidades de regulación emocional adquiridas y el efecto preventivo ante la aparición de la sintomatología depresiva en la infancia y la transición a la adolescencia.

Se recomienda trabajar en la “Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final” para convertirla en una escala estandarizada de “Experiencia del Usuario Infantil en el uso de intervenciones telepsicología” para población mexicana, que pueda ser utilizada en futuras investigaciones del campo y que permita comparar la usabilidad, aceptabilidad y experiencia del usuario entre diferentes intervenciones telepsicológicas.

Será fundamental colocar a la herramienta tecnológica como un modelo de atención escalonada dentro de las escuelas, que permita la detección oportuna de sintomatología moderada a severa para la derivación a los servicios especializados, y a su vez, cumpliendo con una función de estrategia universal o selectiva para la promoción de la salud mental mediante la regulación emocional.

Para garantizar la adherencia y el uso adecuado, se recomienda implementar esta intervención del contexto escolar, capacitando a los docentes y directivos en el funcionamiento de la página web y que ellos puedan representar un rol de facilitadores, que motiven, supervisen y retroalimenten el uso de la herramienta sin necesidad de asumir un rol clínico.

REFERENCIAS

- Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression (“Stressbusters”) and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151–165. <https://doi.org/10.1017/S1352465808005067>
- Adamo, K. B., Barrowman, N., Naylor, P. J., Yaya, S., Harvey, A., Grattan, K. P., & Goldfield, G. S. (2014). Activity Begins in Childhood (ABC) - inspiring healthy active behaviour in preschoolers: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 15, 305. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-305>
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación* (1st ed.). Pearson.
- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian Journal of Pediatrics*, 23(4), 467–472.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Baez, S., García, A. M., & Santamaría-García, H. (2017). Moral Cognition and Moral Emotions. In A. Ibáñez, L. Sedeño, & A. M. García (Eds.), *Neuroscience and Social Science: The Missing Link* (pp. 169–197). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68421-5_8
- Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I., & Patten, S. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(4), e216614. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614>
- Baker, S., Morawska, A., & Mitchell, A. (2019). Promoting Children’s Healthy Habits Through Self-Regulation Via Parenting. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(1), 52–62. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00280-6>

- Baker, S., Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Morawska, A. (2017). A randomized controlled trial evaluating a low-intensity interactive online parenting intervention, Triple P Online Brief, with parents of children with early onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, *91*, 78–90. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.016>
- Baysal, Ş. G., & Çorabay, S. (2024). Caregiver Burden and Depression in Parents of Children with Chronic Diseases. *Turkish Archives of Pediatrics*, *59*, 70–77. <https://doi.org/10.5152/turkarchpediatr.2024.23126>
- Bell, R., Donkin, A., & Marmot, M. (2013). *Tackling structural and social issues to reduce inequities in children's outcomes in low to middle-income countries*. Office of Research, UNICEF.
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settiani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *20*(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Benjet, C., Menendez, D., Albor, Y., Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2018). Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *48*(6), 755–766. <https://doi.org/10.1111/sltb.12397>
- Berkowitz, T. S., Toumbourou, J. W., Evans, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Westrupp, E. M. (2025). Momentary assessment of parent and child emotion regulation to inform the design of a new emotion-focused parenting app. *PloS One*, *20*(7), e0327179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327179>
- Bi, X., Yang, Y., Li, H., Wang, M., Zhang, W., & Deater-Deckard, K. (2018). Parenting Styles and Parent–Adolescent Relationships: The Mediating Roles of Behavioral Autonomy and Parental Authority. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02187>
- Blair, M., & Hall, D. (2006). From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(9), 730–735. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.065003>
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological*

Medicine, 47(5), 949–957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>

Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública De México*, 54(6), 595–606. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342012000600008>

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>

Burke, B. L. J., & Hall, R. W. (2015). Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics*, 136(1), e293-308. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1517>

Bustos, V., & Russo, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183–202. <https://doi.org/https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830>

Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M., Koskinen, S., Leonardi, M., & Borges, G. (2019). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging & Mental Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1603284>

Casella, C. B., Farhat, L. C., Labbadia, E. M., Zuccolo, P. F., Fatori, D., Argeu, A., Salum, G. A., & Polanczyk, G. V. (2025). Brief Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Intervention for Children and Adolescents With Emotional Symptoms in Brazil: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 77(3), 472–483. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.01.021>

Casella, C. B., Zuccolo, P. F., Sugaya, L., de Souza, A. S., Otoch, L., Alarcão, F., Gurgel, W., Fatori, D., & Polanczyk, G. V. (2022). Brief internet-delivered cognitive-behavioural intervention for children and adolescents with symptoms of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial protocol. *Trials*, 23(1), 899. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06836-2>

Cavalari, P., Freitas, I. M., & Neufeld, C. B. (2017). Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. *Contextos Clínic*, 10(1), 74–84.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2017.101.06>

- Cervantes, B., Maldonado, C., Linares, O., & Leticia, P. (2017). Introducción a la Estadística. In F. González, M. del C. Escoto, & J. K. Chávez (Eds.), *Estadística Aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud* (1st ed., pp. 1–12). El Manual Moderno.
- Chaet, D., Clearfield, R., Sabin, J. E., & Skimming, K. (2017). Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, *32*(10), 1136–1140. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4082-2>
- 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>
- Chen, B., Li, J., Qi, Y., Mao, H., Liu, Y., & Wang, W. (2025). Comparative effectiveness and acceptability of internet-based psychological interventions on depression in young people: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06757-9>
- Chen, Y., Aitken, Z., Hammond, D., Thompson, A., Marwaha, S., Davey, C., Berk, M., McGorry, P., Chanen, A., Nelson, B., & Ratheesh, A. (2025). Adverse childhood experiences and their differential relationships with transdiagnostic mental health outcomes in young adults. *Psychological Medicine*, *55*, e147. <https://doi.org/DOI:10.1017/S0033291725000893>
- Coêlho, B. M., Andrade, L. H., Borges, G., Santana, G. L., Viana, M. C., & Wang, Y.-P. (2016). Do Childhood Adversities Predict Suicidality? Findings from the General Population of the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *PloS One*, *11*(5), e0155639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155639>
- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, *8*(1), 93–101.
- David, O. A., Predatu, R., & Cardoso, R. A. I. (2021). Effectiveness of the RETHink therapeutic online video game in promoting mental health in children and adolescents. *Internet Interventions*, *25*, 100391. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100391>
- De la Rosa, A. (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y

consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos En La Familia y Pareja*, 3(1), 32–38. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.1.2021.370.32-38>

Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.

Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J., & Yang, S.-B. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of Affective Disorders*, 211, 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.056>

Domhardt, M., Steubl, L., & Baumeister, H. (2020). Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 48(1), 33–46. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000625>

Domic-Siede, M., Guzmán-González, M., Sánchez-Corzo, A., Álvarez, X., Araya, V., Espinoza, C., Zenis, K., & Marín-Medina, J. (2024). Emotion regulation unveiled through the categorical lens of attachment. *BMC Psychology*, 12(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01748-z>

Dülsen, P., & Baumeister, H. (2025). Internet- and mobile-based anxiety and depression interventions for children and adolescents: efficacy and negative effects - a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 101–121. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02404-y>

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>

Edbrooke-Childs, J., Smith, J., Rees, J., Edridge, C., Calderon, A., Saunders, F., Wolpert, M., & Deighton, J. (2017). An App to Help Young People Self-Manage When Feeling Overwhelmed (ReZone): Protocol of a Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 6(11), e213. <https://doi.org/10.2196/resprot.7019>

Edridge, C., Deighton, J., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2019). The Implementation of an mHealth Intervention (ReZone) for the Self-Management of Overwhelming Feelings Among Young People. *JMIR Formative Research*, 3(2), e11958.

<https://doi.org/10.2196/11958>

- Edridge, C., Wolpert, M., Deighton, J., & Edbrooke-Childs, J. (2020). An mHealth Intervention (ReZone) to Help Young People Self-Manage Overwhelming Feelings: Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e14223. <https://doi.org/10.2196/14223>
- Elsayed, N. M., Fields, K. M., Olvera, R. L., & Williamson, D. E. (2019). The role of familial risk, parental psychopathology, and stress for first-onset depression during adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 253, 232–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.084>
- Emmelkamp, J., Wisman, M. A., Beuk, N. J., Stikkelbroek, Y. A., Nauta, M. H., Dekker, J. J., & Christ, C. (2022). Effectiveness of an add-on guided internet-based emotion regulation training (E-TRAIN) in adolescents with depressive and/or anxiety disorders: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 646. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04291-6>
- Epstein, S., Roberts, E., Sedgwick, R., Polling, C., Finning, K., Ford, T., Dutta, R., & Downs, J. (2020). School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(9), 1175–1194. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01327-3>
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances En Medición*, 6, 27–36.
- Fields, B. G. (2020). Regulatory, Legal, and Ethical Considerations of Telemedicine. *Sleep Medicine Clinics*, 15(3), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.06.004>
- Fleming, Terry, Lucassen, M., Frampton, C., Parag, V., Bullen, C., Merry, S., Shepherd, M., & Stasiak, K. (2025). Nationwide Implementation of Unguided Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Depression: Observational Study of SPARX. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e66047. <https://doi.org/10.2196/66047>
- Fleming, Theresa, Dixon, R., Frampton, C., & Merry, S. (2012). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 529–541. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000695>

- Fleming, Theresa, Gillham, B., Bavin, L. M., Stasiak, K., Lewycka, S., Moore, J., Shepherd, M., & Merry, S. N. (2019). SPARX-R computerized therapy among adolescents in youth offenders' program: Step-wise cohort study. *Internet Interventions*, *18*, 100287. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100287>
- Fleming, Theresa, Lucassen, M., Stasiak, K., Shepherd, M., & Merry, S. (2016). The impact and utility of computerised therapy for educationally alienated teenagers: The views of adolescents who participated in an alternative education-based trial. *Clinical Psychologist*, *20*(2), 94–102. <https://doi.org/10.1111/cp.12052>
- Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., & Gómez, I. (2021). Effectiveness of a Web-Based Intervention on Parental Psychological Flexibility and Emotion Regulation: A Pilot Open Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph18062958>
- Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(10), 1045–1054. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5>
- Freed, J., Lowe, C., Flodgren, G., Binks, R., Doughty, K., & Kolsi, J. (2018). Telemedicine: Is it really worth it? A perspective from evidence and experience. *Journal of Innovation in Health Informatics*, *25*(1), 14–18. <https://doi.org/10.14236/jhi.v25i1.957>
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: Un enfoque de enseñanza basado en proyectos* (1st ed.). El Manual Moderno.
- García, R. (2015). Trastornos del estado de ánimo. In C. Almonte & M. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2nd ed., pp. 478–493).
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, *34*(1), 35–52. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>
- Gómez, J. F. (2002). *Psicología de la comunidad* (1st ed.). Plaza y Valdez.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública De México*, *50*(4), 292–299.

<https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000400007>

- Goodall, J., Fisher, C., Hetrick, S., Phillips, L., Parrish, E. M., & Allott, K. (2018). Neurocognitive Functioning in Depressed Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 28(2), 216–231. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9373-9>
- Grist, R., Croker, A., Denne, M., & Stallard, P. (2019). Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(2), 147–171. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0271-8>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525–552).
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. (2015). A Review of Parent Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 133–150. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T. vi H., & Saadabadi, A. (2022). *Suicidal Ideation*.
- Harris, A., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405–416. <https://doi.org/10.1023/a:1016085112981>
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Bailey, A. P., Sharma, V., Moller, C. I., Badcock, P. B., Cox, G. R., Merry, S. N., & Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD013674. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2>
- Im, H.-J., & Mi-Hyang. (2025). The Effect of Mother's Marital Conflict on Adolescent Children's Depression: The Mediating Role of Parenting Stress. *The Korea Parents Education Association*. <https://doi.org/10.61400/jpe.2025.22.1.27>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Integrantes del hogar de 7 años y más*

por condición de sentimientos de depresión según grandes grupos de edad, 2014, 2015 y 2017. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Mental_03&bd=Salud#variables

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2020*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_05d86884-2a0a-40ae-b810-4f6c966e0187

Ion, A., Bîlc, M. I., Pițur, S., Pop, C. F., Szentágotai-Tătar, A., & Miu, A. C. (2023). Childhood maltreatment and emotion regulation in everyday life: an experience sampling study. *Scientific Reports*, 13(1), 7214. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34302-9>

Jiménez, M., & Navarrete, L. (2018). Salud Pública. In R. Álvarez & P. Kuri-Morales (Eds.), *Salud Pública y Medicina Preventiva* (5th ed., pp. 35–54). El Manual Moderno.

Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2015). *Guidance for commissioning public mental health services* (1st ed.). Joint Commissioning Panel for Mental Health.

Jones, J. D., Boyd, R. C., Calkins, M. E., Moore, T. M., Ahmed, A., Barzilay, R., Benton, T. D., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2021). Association between family history of suicide attempt and neurocognitive functioning in community youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 62(1), 58–65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13239>

Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J. H., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>

Kaur, I., Kamel, R., Sultanik, E., Tan, J., Mazefsky, C. A., Brookman-Frazee, L., McPartland, J. C., Goodwin, M. S., Pennington, J., Beidas, R. S., Mandell, D. S., & Nuske, H. J. (2025). Supporting emotion regulation in children on the autism spectrum: co-developing a digital mental health application for school-based settings with community partners. *Journal of Pediatric Psychology*, 50(1), 129–140.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsae078>

- Kepple, N. (2018). Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. *Child Abuse & Neglect*, 76, 44–55. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.015>
- Keyes, C. (2013). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, 179–192. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3-11>
- King, K. A., Vidourek, R. A., & Merianos, A. L. (2016). Authoritarian parenting and youth depression: Results from a national study. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 44(2), 130–139. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1132870>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-health Systems, Inc.
- Kovacs, M., & George, C. J. (2020). Maladaptive mood repair predicts suicidal behaviors among young adults with depression histories. *Journal of Affective Disorders*, 265, 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.091>
- Kovacs, M., Lopez-Duran, N. L., George, C., Mayer, L., Baji, L., Kiss, E., Vetró, Á., & Kapornai, K. (2019). The Development of Mood Repair Response Repertoires: I. Age-Related Changes Among 7- to 14-Year-Old Depressed and Control Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 48(1)*, 143–152. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1399399>
- Kunugi, H. (2023). Depression and lifestyle: Focusing on nutrition, exercise, and their possible relevance to molecular mechanisms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 77, 420–433. <https://doi.org/10.1111/pcn.13551>
- Lima, A. (2021). *Funciones ejecutivas en niños escolarizados con sintomatología depresiva e ideación suicida*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Lisøy, C., Neumer, S.-P., Adolfsen, F., Ingul, J. M., Potulski Rasmussen, L.-M., Wentzel-Larsen, T., Patras, J., Sund, A. M., Ytrelund, K., Waaktaar, T., Holen, S., Askeland, A. L., Haug, I. M., Bania, E. V., & Martinsen, K. (2024). Optimizing indicated cognitive behavioral therapy to prevent child anxiety and depression: A cluster-randomized

- factorial trial. *Behaviour Research and Therapy*, 176, 104520. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104520>
- Liu, D., Cui, Z., Zhang, Q., Liu, F., Chen, H., Wang, J., & Feng, T. (2023). The mediating role of specific coping styles in the relationship between perceived social support and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.043>
- Lopez-Castroman, J., Jaussent, I., Beziat, S., Guillaume, S., Baca-Garcia, E., Olié, E., & Courtet, P. (2015). Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 170, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.010>
- Lucassen, M. F., Stasiak, K., Fleming, T., Frampton, C., Perry, Y., Shepherd, M., & Merry, S. N. (2021). Computerized cognitive behavioural therapy for gender minority adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(9), 874–882. <https://doi.org/10.1177/0004867420976846>
- Ma, J., Chen, D., Wang, K., Li, C., Wang, L., & Zhang, H. (2025). Dyadic Associations of Parenting Stress, Family Resilience, and Coping Styles Among Parents and Grandparents in Intergenerational Co-Parenting Families. *Nursing Research and Practice*, 2025. <https://doi.org/10.1155/nrp/8036580>
- MacPherson, H., Wolff, J., Nestor, B., Frazier, E., Massing-Schaffer, M., Graves, H., Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2021). Parental Monitoring Predicts Depressive Symptom and Suicidal Ideation Outcomes in Adolescents Being Treated for Co-Occurring Substance Use and Psychiatric Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 284, 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.021>
- Månsson, K. N. T., Lueken, U., & Frick, A. (2020). Enriching CBT by neuroscience: Novel avenues to achieve personalized treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00089-0>.
- Maultsby, K., López, R., Wolff, J., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2023). Longitudinal Relations Between Parenting Practices and Adolescent Suicidal Ideation in a High-Risk Clinical Sample: A Moderated Mediation Model. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51, 613–623. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-01018-9>

- Meave, S. (2002). *Reporte de Experiencia Profesional*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Melchior, M. (2019). Is children's mental illness "a family affair"? In *European child & adolescent psychiatry* (Vol. 28, Issue 7, pp. 875–876). <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01366-w>
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e2598. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2598>
- Moltrecht, B., Deighton, J., Patalay, P., & Edbrooke-Childs, J. (2021). Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(6), 829–848. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01498-4>
- Moltrecht, B., Patalay, P., Deighton, J., & Edbrooke-Childs, J. (2021). A School-Based Mobile App Intervention for Enhancing Emotion Regulation in Children: Exploratory Trial. *JMIR MHealth and UHealth*, *9*(7), e21837. <https://doi.org/10.2196/21837>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *3*(1), 9–18.
- National Institutes of Health. (2020). *Telehealth*. Science Education. <https://www.nibib.nih.gov/science-education/science-topics/telehealth#pid-1421>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). De la formulación de caso al diseño del tratamiento: Uso de un modelo de resolución de problemas. In A. Nezu, C. Nezu, & E. Lombardo (Eds.), *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales: Un enfoque basado en problemas* (1st ed., pp. 3–60). El Manual Moderno.
- Nicolas, C. C., Jorm, A. F., Cardamone-Breen, M. C., Lawrence, K. A., & Yap, M. B. H. (2020). Parental Self-Efficacy for Reducing the Risk of Adolescent Depression and Anxiety: Scale Development and Validation. *Journal of Research on Adolescence : The Official Journal of the Society for Research on Adolescence*, *30*(1), 249–265. <https://doi.org/10.1111/jora.12521>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M.,

- & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Canadian Public Health Association.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* (1st ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Salud mental: un estado de bienestar*. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Documentos Básicos* (48th ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Prevención del suicidio: un imperativo mundial*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Salud Mental*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *eHealth*. <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. Al, de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>

- Padros-Blazquez, F., Reynoso-González, O. U., & Martínez-Medina, M. P. (2023). Estudio psicométrico de la escala de Afecto Positivo y Negativo para niños y adolescentes (PANAS-N) en población mexicana. *Revista CES Psicología*, *16*(3), 84–96. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6974%0A>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo* (11th ed.). Mc Graw Hill.
- Pascual, A., & Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, *36*(1), 74–83.
- Penfield, R. D., & Giacobbi, P. (2004). Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, *8*(4), 213–225. https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., & Kendall, T. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *67*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- Pennequin, V., Questel, F., Delaville, E., Delugre, M., & Maintenant, C. (2020). Metacognition and emotional regulation in children from 8 to 12 years old. *The British Journal of Educational Psychology*, *90* Suppl 1, 1–16. <https://doi.org/10.1111/bjep.12305>
- Perales, F., Johnson, S. E., Baxter, J., Lawrence, D., & Zubrick, S. R. (2017). Family structure and childhood mental disorders: new findings from Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(4), 423–433. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1328-y>
- Pu, S., Setoyama, S., & Noda, T. (2017). Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*, *7*(1), 11637. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12142-8>
- Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*(2), 330–366.

- Reynard, S., Dias, J., Mitic, M., Schrank, B., & Woodcock, K. A. (2022). Digital Interventions for Emotion Regulation in Children and Early Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Serious Games*, *10*(3), e31456. <https://doi.org/10.2196/31456>
- Roca, M., Del Amo, A. R.-L., Riera-Serra, P., Pérez-Ara, M. A., Castro, A., Roman Juan, J., García-Toro, M., García-Pazo, P., & Gili, M. (2019). Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder: a study protocol. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2233-1>
- Rosselli, M., & Matute, E. (2010). Desarrollo cognitivo y maduración cerebral. In M. Rosselli, E. Matute, & A. Ardila (Eds.), *Neuropsicología del desarrollo infantil* (1st ed., pp. 15–46). El Manual Moderno.
- Rowell, T., & Neal-Barnett, A. (2022). A Systematic Review of the Effect of Parental Adverse Childhood Experiences on Parenting and Child Psychopathology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *15*(1), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x>
- Rutter, S. B., Cipriani, N., Smith, E. C., Ramjas, E., Vaccaro, D. H., Martin Lopez, M., Calabrese, W. R., Torres, D., Campos-Abraham, P., Llaguno, M., Soto, E., Ghavami, M., & Perez-Rodriguez, M. M. (2020). Neurocognition and the Suicidal Process. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *46*, 117–153. https://doi.org/10.1007/7854_2020_162
- Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L.-G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(8), 1266–1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291718004208>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Sepúlveda, M. G., & Capella, C. (2015). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. In C. Almonte & M. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2nd ed., pp. 33–48). Mediterráneo.
- Shamah-Levy, T., Lazcano-Ponce, E., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., & Méndez-Gómez, I. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales*

(1st ed.). Instituto Nacional de Salud Pública.

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica, Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. A., & Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados nacionales* (1st ed.). Instituto Nacional de Salud Pública.

Shepherd, M., Merry, S., Lambie, I., & Thompson, A. (2018). Indigenous Adolescents' Perception of an eMental Health Program (SPARX): Exploratory Qualitative Assessment. *JMIR Serious Games*, 6(3), e13. <https://doi.org/10.2196/games.8752>

Shub, S., De La Torre, G., Rodríguez-Mora, Á., & Mestre, J. (2024). The presence of meaning in life and character strengths as protective factors of anxious-depressive symptoms in adolescents from Spain and Russia during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Adolescence and Youth*, 29. <https://doi.org/10.1080/02673843.2024.2354920>

Sim, W. H., Fernando, L. M. N., Jorm, A. F., Rapee, R. M., Lawrence, K. A., Mackinnon, A. J., & Yap, M. B. H. (2020). A tailored online intervention to improve parenting risk and protective factors for child anxiety and depression: Medium-term findings from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 277, 814–824. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.019>

Sim, W. H., Jorm, A. F., & Yap, M. B. H. (2022). The Role of Parent Engagement in a Web-Based Preventive Parenting Intervention for Child Mental Health in Predicting Parenting, Parent and Child Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19042191>

Stanberry, B. (2006). Legal and ethical aspects of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(4), 166–175. <https://doi.org/10.1258/135763306777488825>

Strunk, D. R., Pfeifer, B. J., & Ezawa, I. D. (2021). Depression. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications, Vol. 2* (pp. 3–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000219-001>

Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs*

of the Society for Research in Child Development, 59(2–3), 25–52.

- Tindall, L., Kerrigan, P., Li, J., Hayward, E., & Gega, L. (2024). Is behavioural activation an effective treatment for depression in children and adolescents? An updated systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 4133–4156. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02429-3>
- Townsend, C., Humpston, C., Rogers, J., Goodyear, V., Lavis, A., & Michail, M. (2022). The effectiveness of gaming interventions for depression and anxiety in young people: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(1), e25. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1078>
- Tozzi, F., Nicolaidou, I., Galani, A., & Antoniadou, A. (2018). eHealth Interventions for Anxiety Management Targeting Young Children and Adolescents: Exploratory Review. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 1(1), e5. <https://doi.org/10.2196/pediatrics.7248>
- United Nations Children's Fund. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind (promoting, protecting and caring for children's mental health)* (1st ed.). UNICEF.
- Valencia, A. I., García, R., Bautista, M. L., Cáceres, M., & Lima, A. (2018). Bienestar psicológico infantil en ambientes escolarizados: una escuela referente. In M. L. Bautista, A. I. Valencia, R. García, & N. A. Ortega (Eds.), *Estrategias prácticas para la sana convivencia escolar* (1st ed., pp. 219–243). Consejo Editorial Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Valencia, A. I., & Ruíz-Elneque, X. (2013). Propuesta de tratamiento cognitivo-conductual y de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 5–15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283032589003>
- van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seydel, E. R. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e111. <https://doi.org/10.2196/jmir.1672>
- Vertsberger, D., Roskam, I., Talmon, A., Van Bakel, H., Hall, R., Mikolajczak, M., & Gross, J. (2021). Emotion regulation during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors for parental burnout (IIPB). *Cognition and Emotion*, 36, 100–105. <https://doi.org/10.1080/02699931.2021.2005544>

- Viswanathan, M., Kennedy, S. M., McKeeman, J., Christian, R., Coker-Schwimmer, M., Cook Middleton, J., Bann, C., Lux, L., Randolph, C., & Forman-Hoffman, V. (2020). *Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review*.
- Von Kraemer, M., Fagerlund, Å., & Pettersson, K. (2023). Strengthening Parents' and Children's Wellbeing Through Positive Psychology: A Qualitative Study of Parents' Experiences of a Structured Training in Mindfulness and Character Strength. *International Journal of Applied Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s41042-023-00137-y>
- Wall, H., Hansson, H., Zetterlind, U., Kvillemo, P., & Elgán, T. H. (2024). Effectiveness of a Web-Based Individual Coping and Alcohol Intervention Program for Children of Parents With Alcohol Use Problems: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e52118. <https://doi.org/10.2196/52118>
- Wenzel, A. (2021). *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches, Vol. 1* (A. Wenzel (ed.)). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-000>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>
- Xiong, Z., Li, J., Ji, M., Tao, F.-B., & Sun, Y. (2025). Assessing the feasibility and preliminary effectiveness of a school-based digital intervention for enhancing emotion regulation in Chinese children (CHEER): protocol for a feasibility cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 15(10), e098978. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-098978>
- Xu, H., Liu, D., Xu, X., Wang, J., Wang, B., Zheng, W., Chen, Y., Qu, W., Tan, Y., Wang, Z., Zhao, Y., & Tan, S. (2025). The role of difficulties in emotion regulation on non-suicidal self-injury and suicide attempts: a cross-sectional study of Chinese adolescents. *Scientific Reports*, 15(1), 21620. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-91962-5>
- Yang, X., Daches, S., George, C. J., Kiss, E., Kapornai, K., Baji, I., & Kovacs, M. (2019). Autonomic correlates of lifetime suicidal thoughts and behaviors among adolescents with a history of depression. *Psychophysiology*, 56(8), e13378. <https://doi.org/10.1111/psyp.13378>

- Yang, Z., & Williams, N. (2021). Parenting Self-Efficacy Mediates the Association between Chinese Parents' Depression Symptoms and their Young Children's Social and Emotional Competence. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 1261–1274. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01930-6>
- Yuan, S., Zhou, X., Zhang, Y., Zhang, H., Pu, J., Yang, L., Liu, L., Jiang, X., & Xie, P. (2018). Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 353–365. <https://doi.org/10.2147/NDT.S152747>
- Zaid, S. M., Hutagalung, F. D., Bin Abd Hamid, H. S., & Taresh, S. M. (2021). Sadness regulation strategies and measurement: A scoping review. *PloS One*, 16(8), e0256088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256088>
- Zelazny, J., Melhem, N., Porta, G., Biernesser, C., Keilp, J. G., Mann, J. J., Oquendo, M. A., Stanley, B., & Brent, D. A. (2019). Childhood maltreatment, neuropsychological function and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1085–1093. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13096>
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2011). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development*, 2nd ed. (2nd ed., pp. 574–603). Wiley-Blackwell.
- Zhou, X., Cipriani, A., Zhang, Y., Cuijpers, P., Hetrick, S. E., Weisz, J. R., Pu, J., Del Giovane, C., 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016608>

ANEXOS

ANEXO 1.

Guion de Entrevista para Psicólogos Especialistas en Terapia Infantil

1. ¿Qué porcentaje de sus usuarios infantiles en consulta acude por síntomas de depresión?
2. ¿Qué porcentaje de sus usuarios infantiles en consulta acude por comportamiento suicida?
3. ¿Qué porcentaje de sus usuarios infantiles en consulta acude por síntomas de depresión e ideación suicida?
4. ¿Cuál es el principal motivo de consulta en el caso de estos usuarios?
5. Cuando los niños con síntomas de depresión acuden por primera vez a terapia psicológica, ¿Quiénes son los principales adultos que detectaron los síntomas (padre, madre, cuidador primario, docente, otros)?
6. ¿Cuáles son los principales síntomas que manifiestan los niños?
7. ¿Con qué otros problemas de salud física o mental se pueden asociar o confundir los síntomas de depresión infantil?
8. Desde su experiencia ¿En promedio desde qué edad comienzan a manifestarse los síntomas de depresión?
9. ¿Cuánto tiempo ocurre entre las primeras manifestaciones de los síntomas depresivos y la búsqueda de atención especializada?
10. ¿Qué factores estuvieron presentes y que influyeron para que se retrase la búsqueda de atención especializada?
11. ¿Qué influyó para que los padres o cuidadores buscaran atención?
12. ¿Cuáles son las principales omisiones que cometen los padres al inicio de la depresión infantil?
13. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a la depresión infantil identificados en sus usuarios? ¿Y los factores de protección?
14. En la literatura, se describen existen diversas manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, planeación, intento y conductas autolesivas), de acuerdo a su experiencia ¿cuál es la manifestación más frecuente entre los niños de etapa escolar?
15. Desde su experiencia ¿En promedio desde qué edad comienza a manifestarse el comportamiento suicida?

16. ¿Cuánto tiempo ocurre entre las primeras manifestaciones del comportamiento suicida y la búsqueda de atención especializada?
17. ¿Qué factores estuvieron presentes que influyeron para que se retrasará la búsqueda de atención especializada?
18. ¿Qué influyó para que los padres o cuidadores buscaran atención?
19. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida identificados en sus usuarios? ¿Y los factores de protección?
20. ¿Ha identificado si existe algún deterioro cognitivo en los niños que tienen depresión e ideación suicida?
21. ¿Existe alguna estrategia para la detección temprana de la depresión y el comportamiento suicida en niños?
22. En los años que lleva atendiendo problemas de salud mental en la infancia ¿Ha notado cambios con respecto a la tasa de incidencia de los casos de depresión y comportamiento suicida en niños?
23. ¿Qué factores pueden interrumpir el tratamiento psicológico en niños con síntomas de depresión y comportamiento suicida?
24. ¿Qué información se les brinda a los padres y otros cuidadores al momento del diagnóstico?
25. ¿Cuáles son las principales estrategias de intervención enfocadas en niños con síntomas de depresión y comportamiento suicida?
26. ¿Cuáles son las principales estrategias de intervención enfocadas a los padres o cuidadores de niños con síntomas de depresión y comportamiento suicida?
27. En que han sido dados de alta ¿qué probabilidad existe de recaída y aproximadamente cuánto tiempo transcurre entre la finalización del tratamiento y la recaída?
28. ¿Conoce alguna página web que brinde estrategias de intervención universal enfocadas a los niños y sus familias con relación a la depresión e ideación suicida infantil?
29. ¿A qué instancias puede recurrir un niño y su familia para la atención de la depresión e ideación suicida infantil?
30. ¿Qué herramientas o habilidades deben tener padres o cuidadores primarias para la identificación y el manejo de la depresión e ideación suicida infantil?
31. ¿Qué recomendaciones daría para la identificación oportuna de la depresión e ideación suicida infantil?

ANEXO 2

Cuestionario para Jueces Expertos para la Validación de la “Intervención telepsicológica cognitivo-conductual con componentes de Psicología Positiva autodirigida mediante una página web para la promoción de la regulación emocional en niños de 9 a 12 años”

Sexo: _____ Escolaridad: _____

Indicar sus credenciales: _____

Años de práctica clínica en el campo de la Psicología-Conductual:

() Menos de 1 año () De 1 año a 4 años () De 5 año a 9 años () Más de 10 años

Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva:

() Menos de 1 año () De 1 año a 4 años () De 5 año a 9 años () Más de 10 años

A continuación, se presentan algunas afirmaciones relacionadas con las metas, procedimiento y posibles resultados del tratamiento. Le pedimos su colaboración para seleccionar la opción que considere apropiada para cada enunciado.

Sección 1: Objetivos					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El objetivo general de la intervención es claro.					
2. El objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual.					
3. Los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo.					
4. La secuencia de las sesiones es adecuada.					
Sección 2: Procedimiento					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
5. La duración de la intervención es apropiada para el logro de objetivos.					
6. Las técnicas cognitivo-conductual seleccionadas son					

las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.					
7. Los componentes de Psicología Positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos.					
8. Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades.					
9. Las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de los participantes.					
10. Las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de los y las participantes.					
Sección 3: Resultados esperados					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. Los objetivos de tratamiento se relacionan con los resultados esperados.					
12. De acuerdo a su experiencia, usted considera que con esta propuesta de intervención, los participantes se verán beneficiados.					

Observaciones:

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Nos es grato invitarle a considerar la participación de su hijo/a en un estudio de investigación. La **Mtra. Alejandra Lima Quezada**, como parte de sus estudios de posgrado, del programa **Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable**, de la **Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**, se encuentra realizando una investigación para **evaluar la usabilidad de la página web “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de regulación emocional para niños y sus familias”**.

El propósito de esta investigación es evaluar la página web “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de regulación emocional para niños y sus familias”, una intervención diseñada para **promover la regulación emocional, como una estrategia de prevención de los síntomas depresivos en niños y niñas de 9 a 12 años**, a través de estrategias de gamificación (actividades interactivas mediante medios digitales). En esta fase del proyecto, se pretende probar con un grupo reducido de niños y niñas, **si la página es fácil de usar, si el contenido es claro y si las actividades resultan atractivas y útiles** para el logro del objetivo final de la página web. La opinión de su hijo/a será fundamental para mejorar la plataforma **antes de realizar futuros estudios que busquen probar su eficacia**.

Si usted autoriza la participación de su hijo/a, se le pedirá que asista a una sesión de grupo focal que tendrá una duración aproximada de 60 minutos, la cual será organizada con las autoridades educativas pertinentes para llevarla a cabo **dentro del horario y las instalaciones de la institución educativa**. Durante esta sesión, su hijo/a:

- Interactuará con algunas de las sesiones y actividades de la página web “La Fórmula de la Felicidad: Habilidades de regulación emocional para niños y sus familias” en una computadora facilitada por la investigadora o por la institución educativa.
- Al finalizar la interacción, responderá un cuestionario diseñado para conocer su opinión sobre la facilidad de uso, el diseño, el contenido de la plataforma y la posibilidad de uso.
- La sesión será guiada en todo momento por la investigadora.

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos y no mayores a los que se encuentran en la vida cotidiana al usar la computadora. Es posible que su hijo/a pueda sentir un leve cansancio o aburrimiento. Las actividades abordan temas emocionales como la tristeza o el enojo; sin embargo, están diseñadas en un formato de apoyo y psicoeducativo. **Si en algún momento su hijo/a se siente incómodo/a, tiene el derecho de dejar de participar inmediatamente sin que esto tenga una consecuencia negativa**.

Es importante aclarar que esta actividad no involucra ninguna estrategia de evaluación o diagnóstico psicológico dirigido hacia su hijo/a o la comunidad educativa, únicamente se centrará en recolectar la información necesaria sobre la opinión de la página web.

La página web no recolectará ninguna información específica sobre su hijo/a, únicamente se le solicitará su edad, género y grado escolar, sin ningún otro dato que permita su identificación, lo que mantendrá la confidencialidad de la participación de su hijo/a. Los cuestionarios contestados se almacenarán de forma segura y las respuestas serán utilizadas para la mejora del contenido y la página web.

La participación de su hijo/a será de gran valor, dado que sus opiniones y sugerencias ayudarán a crear una herramienta digital de alta calidad que podría beneficiar a muchos otros niños en el futuro, dado que permitirá la promoción de la salud mental en la infancia mediante la enseñanza de la regulación emocional a gran escala.

La participación de su hijo/a es voluntaria. Usted tiene el derecho de no autorizar su participación, y su hijo/a también tendrá el derecho de no querer participar, aunque usted le haya otorgado el permiso. Tanto usted como su hijo/a pueden decidir retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto implique ninguna penalización. Además de su consentimiento como padre, madre o tutor, le explicaremos el estudio a su hijo/a en un lenguaje sencillo y apropiado para su edad y **le pediremos su propio acuerdo para participar (asentimiento).**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactar a la investigadora, la Mtra. Alejandra Lima Quezada, al correo alejandra.lima@uaeh.edu.mx o al teléfono 55-74-40-87-88.

Declaración de Consentimiento

- **He leído y comprendido la información presentada en este documento en relación a la investigación.**
- **He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción.**
- **Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna.**

Nombre de su hijo/a:

Grupo y grado escolar: _____

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en este estudio.

**Nombre y firma del padre,
madre o tutor**

Mtra. Alejandra Lima Quezada
Responsable de la Investigación
Céd. Prof. Mtra.: 12514319
Céd. Prof. Lic.: 1095009

ANEXO 4

Encuesta de Usabilidad y Experiencia del Usuario Final

Luego de conocer las características y aspecto de la página web “La Fórmula de la Felicidad”, nos interesa conocer tu opinión para continuar con la creación y diseño, para que niños y niñas como tú puedan aprender sobre sus emociones. A continuación, te presentamos algunos enunciados sobre el uso y experiencia de esta página web, marca la casilla con una X si estás de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa conocer lo que piensas. Por favor, responde con honestidad pues tus respuestas nos ayudarán a mejorar esta estrategia de regulación emocional. ¡Muchas gracias por tu valiosa participación!

Edad: _____ Grado escolar: _____

Sexo: () Niño () Niña () Otro

Sección 1: Facilidad de Uso y Claridad					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me resultó fácil entender cómo navegar y usar la página web por mi cuenta.					
2. Comprendo bien para qué sirve la página y cuál es su objetivo principal.					
3. Las instrucciones para realizar las actividades eran claras y fáciles de seguir.					
4. El nombre "La Fórmula de la Felicidad" me parece apropiado para la página.					
5. Los nombres de las "Misiones" (los módulos) me parecieron interesantes y claros.					
Sección 2: Diseño y Materiales Visuales					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Los colores, las imágenes y los personajes me parecieron atractivos.					
7. El tipo y tamaño de la letra facilitaron la lectura en la pantalla.					
8. Los videos explicativos y las historietas (cómic) me ayudaron a entender mejor los temas.					
9. El diseño general de la página me dio ganas de seguir explorando las diferentes secciones.					

Sección 3: Contenido y Actividades					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. El lenguaje y las palabras usadas en los videos y textos son fáciles de entender para mí.					
11. Las actividades interactivas (como el memorama de emociones o el detective de pensamientos) fueron entretenidas.					
12. Las actividades me parecieron útiles para aprender sobre mis pensamientos y emociones.					
13. Los temas que se explican en las sesiones me parecen importantes.					
14. Las situaciones y ejemplos que vi en las historietas y actividades se parecen a cosas que me pasan a mí o a mis amigos.					
15. Creo que usar esta página podría ayudarme a manejar mejor mis emociones en el futuro.					
Sección 4: Sobre el Potencial para la Regulación Emocional					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
16. Creo que las actividades de esta página podrían enseñarme a entender mejor por qué me siento de cierta manera.					
17. Pienso que los ejercicios de respiración y relajación que se muestran podrían ser una herramienta útil para calmarme en el futuro.					
18. Creo que con estas actividades podría aprender nuevas formas de expresar mis emociones que me ayuden a sentirme mejor.					
19. Después de ver estas actividades, me dan ganas de intentar usar herramientas como estas si en el futuro siento una emoción muy intensa.					
Sección 5: Sobre la Experiencia en Línea y Dificultad					

Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
20. Me gusta la idea de aprender estas herramientas en una página web que puedo usar por mi cuenta.					
21. Preferiría aprender sobre mis emociones hablando directamente con una persona (como un psicólogo o consejero).					
22. El nivel de dificultad de las actividades me pareció adecuado (ni muy fácil, ni muy difícil).					
23. Siento que podría completar la mayoría de las Misiones sin necesitar la ayuda de un adulto.					
24. En general, la página web me pareció fácil de usar.					
Sección 6: Sobre el Tiempo y Frecuencia de Uso					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
25. Una sesión de 20 minutos me parece un tiempo adecuado (ni muy corta, ni muy larga).					
26. Normalmente, podría encontrar un momento libre en mi día para hacer una sesión de 20 minutos.					
27. Me parece una buena idea usar la página varias veces a la semana en sesiones cortas.					
28. Preferiría hacer una sesión más larga una sola vez a la semana, en lugar de varias sesiones cortas.					
29. Creo que podría recordar entrar a la página varias veces por semana para completar mis Misiones.					
Sección 7: Recomendación e Importancia					
Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
30. Me divertí mientras exploraba el contenido y las actividades.					
31. Si esta página fuera una aplicación o programa completo, me gustaría usarlo.					

32. Me parecería útil que mis padres también pudieran aprender sobre estos temas en esta página web.					
33. Recomendaría "La Fórmula de la Felicidad" a un amigo o amiga que a veces se siente triste o enojado.					
34. Pienso que a mis padres (o tutores) les parecería bien que yo usara esta página.					
35. Pienso que sería importante que los niños y niñas como yo aprendan sobre cómo expresar sus emociones.					

Sección 8: Preguntas abiertas

¿Hubo algo que no te gustara, que te pareciera muy difícil o aburrido?

Si pudieras cambiar o agregar algo a la página, ¿qué sería?

¿Qué otros temas te gustaría que se hablaran dentro de la página web?

Comentarios: