



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

ENTRENAMIENTO VIRTUAL EN  
ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA EL  
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN  
DIRIGIDO A PSICÓLOGOS DE CENTROS  
DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN DE LIMA Y CALLAO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN INFORMÁTICA BIOMÉDICA  
EN SALUD GLOBAL CON MENCIÓN EN  
INFORMÁTICA EN SALUD

DINO ISAAC ESTRADA FLORES

LIMA - PERÚ

2018



**Asesora**

**Dra. Magaly Marlitz Blas Blas**

Facultad de Salud Pública y Administración

Universidad Peruana Cayetano Heredia

## **DEDICATORIA**

A Margarita, Isaac, Jesica, Magaly, Milagros y Diana quienes día a día me acompañan cariñosamente en el camino para ser mejor con el objetivo de hacer una sociedad más justa y menos desigual.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis compañeros de maestría con quienes aprendimos que más importantes que los reconocimientos es la amistad.

Al gremio de psicólogos y psicólogas de Lima y Callao quienes con su labor empeñosa día a día logran mejorar la salud de las personas en cada una de las comunidades donde se encuentran.

A los trabajadores e investigadores de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia quienes fueron el sostén para realizar esta investigación.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del Perú (CONCYTEC) a través del Fondo Nacional de Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación tecnológica del Perú (FONDECYT).

## **Resumen**

Entrenamiento virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión  
dirigido a psicólogos de centros de salud del primer nivel de atención de Lima y

Callao

Por

Dino Isaac Estrada Flores

Universidad Peruana Cayetano Heredia

La depresión como problema de salud pública requiere ser abordada por los profesionales de salud mental desde el primer nivel de atención entrenándolos adecuadamente en psicoterapias basadas en la evidencia. Realizamos un estudio aleatorizado para determinar la mejora del conocimiento y satisfacción del entrenamiento virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión comparándola con entrenamiento presencial en psicólogos de centros de salud del primer nivel de atención. Aleatorizamos 80 psicólogos de Lima y Callao, 40 de ellos en el grupo control recibiendo entrenamiento presencial, y 40 en el grupo de intervención que recibió entrenamiento virtual mediante modulo diseñado en una página web de plataforma Moodle. Ambos grupos tenían 5 sesiones de 90 minutos con las mismas temáticas, materiales y expositor. Evaluamos los cambios en conocimiento y satisfacción entre las medias de los grupos control e intervención, pre y post entrenamiento (1 mes después). Encontramos que el nivel de conocimientos de los psicólogos con entrenamiento virtual aumentó en 5.3 puntos respecto al puntaje

de entrenamiento presencial (IC95%, 9.691 – 0.862). La satisfacción con la calidad del entrenamiento ( $p=0,014$ ) fue mayor en el entrenamiento presencial pero la incorporación de lo aprendido a la práctica clínica ( $p=0.021$ ) fue mejor en el entrenamiento virtual. Se observa que el entrenamiento virtual produce un mayor aprendizaje de activación conductual para el tratamiento de la depresión que el entrenamiento presencial y aplican más lo aprendido en la práctica clínica. El entrenamiento virtual es una herramienta útil para el aprendizaje de tratamientos para la depresión debiendo implementarse para los profesionales de salud mental a nivel nacional sobre todo en zonas metropolitanas en centros del primer nivel de atención.

### **Palabras Clave**

Entrenamiento Virtual, Activación Conductual, Depresión, Primer Nivel de Atención

## **Abstract**

Virtual training in behavioral activation for the treatment of depression for  
psychologists of health centers in the primary care in Lima and Callao

By

Dino Isaac Estrada Flores

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Depression as a public health problem needs to be addressed by mental health professionals from the first level of care, training adequately in evidence-based psychotherapies. I conducted a randomized study to determine the improvement of knowledge and satisfaction of virtual training in behavioral activation for the treatment of depression compared with face-to-face training in psychologists of health centers of the primary care. I randomized 80 psychologists from Lima and Callao, 40 in the control group receiving face-to-face training, and 40 in the intervention group who received virtual training through a module web-based designed on a Moodle platform. Both groups had 5 sessions of 90 minutes with the same themes, materials and exponent. I evaluated the changes in knowledge and satisfaction between the means of the control and intervention groups, pre- and post-training (1 month later). I found that the level of knowledge of psychologists with virtual training increased by 5.3 points with respect to the face-to-face training score (95% CI, 9.691 - 0.862). Satisfaction with the quality of training ( $p = 0.014$ ) was greater in virtual training but the incorporation of what was learned into clinical

practice ( $p = 0.021$ ) was better in virtual training. It is observed that virtual training produces a greater learning of behavioral activation for the treatment of depression than face-to-face training and the participants of this modality apply more what they have learned in clinical practice. Virtual training is a useful tool for learning treatments for depression and should be implemented for mental health professionals at the metropolitan areas in Perú, especially in primary care.

### **Keywords**

Virtual Training, Behavioral Activation, Depression, Primary Care

## Índice

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema .....	4
3. Marco Conceptual.....	6
4. Marco Teórico.....	9
4.1. Atención psicológica y salud publica en el Perú .....	9
4.2. Diseminación e implementación de la psicoterapia en salud publica.....	11
4.2. Entrenamiento en Tratamientos Psicoterapéutico .....	13
4.2.1. Manuales de tratamiento .....	13
4.2.2. Programas de Posgrado .....	16
4.2.3. Educación continua.....	16
4.3. Entrenamiento virtual en tratamientos psicoterapéuticos .....	18
4.3.1. Entrenamiento a distancia basado en grabaciones en video.....	20
4.3.2. Entrenamiento virtual en línea .....	21
4.3.3. Entrenamiento virtual fuera de línea.....	31
4.3.4. Nuevas tecnologías para el entrenamiento en psicoterapia.....	32
5. Justificación.....	34
6. Objetivos .....	37
7. Hipótesis.....	38

8.	Metodología.....	39
8.1.	Diseño de estudio.....	39
8.2.	Población.....	40
8.3.	Tamaño de muestra.....	40
8.4.	Criterios de selección.....	41
8.5.	Estrategia de Muestreo.....	41
8.6.	Variables .....	41
8.6.1.	Variables dependientes .....	41
8.6.2.	Co-variables.....	42
8.7.	Procedimiento.....	43
8.7.1.	Fase 1: Línea de Base. ....	43
8.7.2.	Fase 2: Elaboración de guías y manuales.....	44
8.7.3.	Fase 3: Desarrollo del aplicativo para entrenamiento.....	45
8.7.4.	Fase 4: Validación del aplicativo: Piloto. ....	46
8.7.5.	Fase 5: Implementación. ....	48
8.7.6.	Fase 6: Línea Final.....	49
8.7.7.	Fase 7: Plan de Análisis de Datos.....	50
8.8.	Consideraciones Éticas .....	51

9.	Resultados .....	52
9.1.	Selección y participación de psicólogos para el entrenamiento .....	52
9.2.	Características socio-demográficas de los profesionales entrenados. ....	53
9.3.	Informática y uso de computadora en psicólogos entrenados.....	55
9.4.	Conocimiento de Activación Conductual en profesionales entrenados.....	56
9.5.	Satisfacción del entrenamiento de los psicólogos. ....	58
10.	Discusión .....	63
11.	Conclusiones .....	77
12.	Recomendaciones.....	79
13.	Referencias.....	81
	ANEXOS.....	96

## **1. Introducción**

La depresión es uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial que causa pérdidas de años por discapacidad sobre todo en personas en edad laborable, mayoritariamente en mujeres jóvenes y adultas con escasos recursos (1-3). Se espera que para el año 2020 genere los mayores gastos en el sistema de salud sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos (3). La depresión presenta comorbilidades con otras enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas siendo el escenario de transición epidemiológica de los países el que fomenta las condiciones para el desarrollo de la depresión como principal problema de salud pública (4-8).

Si bien existe preocupación mundial en la atención de la depresión con el objetivo de prevenir y recuperar de esta condición a los sectores más vulnerables que se atienden en los centros de salud del primer nivel de atención (16-18). La capacitación dirigida a los profesionales de salud mental por parte de los organismos estatales encargados de salud mental está siendo poco incentivada mediante políticas claras de estandarización de psicoterapias, diagnóstico o evaluaciones sobre todo en países de bajos y medianos ingresos donde las estrategias de salud mental han empezado a planificarse pero todavía no tienen los recursos suficientes y su cobertura es limitada (19-22). Este escenario produce una infravaloración del diagnóstico a personas con depresión e ineffectividad en el tratamiento recibido (9-12). Incluso, muchos de estos casos son recién atendidos cuando la afección es severa o ha sido muy recurrente en distintas etapas de la vida de la persona (13-14).

Por ello, el principal problema del sistema de salud con respecto a la salud mental es la brecha de capacitación por parte del personal de salud mental, mayoritariamente psicólogos, que laboran en los establecimientos de salud (24-25). En este ámbito es de vital importancia el desarrollo de competencias para el abordaje de distintos problemas de salud mental con enfoque basado en la evidencia (20). Si bien existen diferentes formas de realizar la difusión de estas terapias, en salud mental es todavía muy limitado su alcance. Existiendo una alta demanda de atención pero con poca eficacia en la intervención ya que se utilizan terapias sin sustento en la evidencia (26). En el caso de la depresión existen diferentes técnicas psicoterapéuticas que pueden ser utilizadas para su tratamiento, sin embargo, son muy pocas las que tienen flexibilidad de aplicación, etapas bien definidas, corta duración y una comprensión simple para su aplicación. La Activación Conductual para el Tratamiento de la Depresión (ACTD) es una de las técnicas de mayor impacto tanto en objetivos de recuperación, facilidad de aprendizaje para terapeutas y sostenibilidad de sus resultados evitando recaídas (27-29).

Para fomentar el uso de este tipo de psicoterapia para el tratamiento de la depresión por parte del personal de salud del primer nivel de atención, una de las formas más eficaces hasta ahora demostradas que mejora el desarrollo de capacidades, conocimientos, habilidades y satisfacción han sido los entornos virtuales para el entrenamiento de proveedores de salud mental (30-32). El uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como el aprendizaje basado en web o

entrenamiento online ha tenido gran relevancia para la mejor diseminación y difusión de las terapias psicológicas basadas en la evidencia (33). La activación conductual para el tratamiento de la depresión ha sido una de las psicoterapias que mejor se adecuan a este entorno ya que es de fácil aprendizaje por sus procedimientos sencillos basados en fichas preestablecidas y programación de actividades, siendo posible capacitar al personal no especialista en temas de salud mental (34-35).

## **2. Planteamiento del problema**

Los protocolos de diagnóstico e intervención a nivel nacional y latinoamericano en salud mental sobre todo en atención del primer nivel han tenido distintas dificultades para implementarse a causa del poco apoyo por parte de las instituciones de salud al fortalecimiento de capacidades del personal de salud en esta área, escasos recursos disponibles y la falta de políticas claras en este subsector (36, 17,18).

Uno de los factores más importantes para la mejora de la calidad de la atención ha sido priorizar el desarrollo de capacidades. Este proceso ha sido importante para el cambio en el sector salud mejorando de manera sustancial la atención (37-40). No obstante estas acciones, al tener personal numeroso, dispersos en amplios ámbitos geográficos y de diversas características entre ellos hacen que el gasto en implementación de programas de entrenamiento presencial sea costoso (35, 39).

En el caso del personal de salud mental esta problemática se complejiza dado que no se cuenta con un tratamiento estándar de depresión en el primer nivel de atención. Si bien existen estudios que plantean que se necesitan terapias como la Activación Conductual que sean breves, fáciles de aprender y eficaces a la hora de abordar los diagnósticos leves y moderados de depresión. Este tipo de terapias han sido poco diseminadas entre los profesionales de salud mental (41-43).

Últimamente, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) mediante la educación virtual o entrenamiento online multimedia, se han convertido en una herramienta fundamental para poder tener mayor cobertura en las intervenciones,

mejora continua de las capacidades para la atención de problemas de salud y menores costos de implementación (25, 44, 45).

Este tipo de entrenamiento podría ayudar a la mejora de la calidad de atención en salud mental en el primer nivel y ser sostenible para que se establezca un estándar de tratamiento de la depresión en sus distintos niveles. Este tipo de iniciativa también promoverá el desarrollo del personal de salud mental y la institución en su conjunto articulando la asistencia técnica, capacitación y la educación en salud. Siendo el fin último la actualización constante del personal para la mejora continua de la atención en salud mental para el tratamiento de la depresión.

Por ello, se plantea conocer cuánto mejora el conocimiento y satisfacción del entrenamiento virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión (ACTD) en psicólogos de centros de salud del primer nivel de atención comparado con entrenamiento presencial.

### **3. Marco Conceptual**

Para poder entender nuestro entorno de investigación debemos encontrar los elementos que den sustento a nuestra problemática y cómo solucionarla. Describir la situación contextual donde existen necesidades latentes por las cuales se realizará una intervención que genere resultados definidos en el tiempo, esto dependerá de que los supuestos se cumplan junto a factores externos, para que podamos tener éxito en nuestra intervención.

Situación: En el contexto actual podemos observar que uno de los problemas más recurrentes de salud mental es la depresión siendo el tercer causante de pérdidas de años por discapacidad. Esto se reproduce a nivel nacional observando su prevalencia en la población con un marcado déficit en la atención de pacientes por los centros de salud ya que el personal presenta una brecha de capacidades para el abordaje de esta problemática.

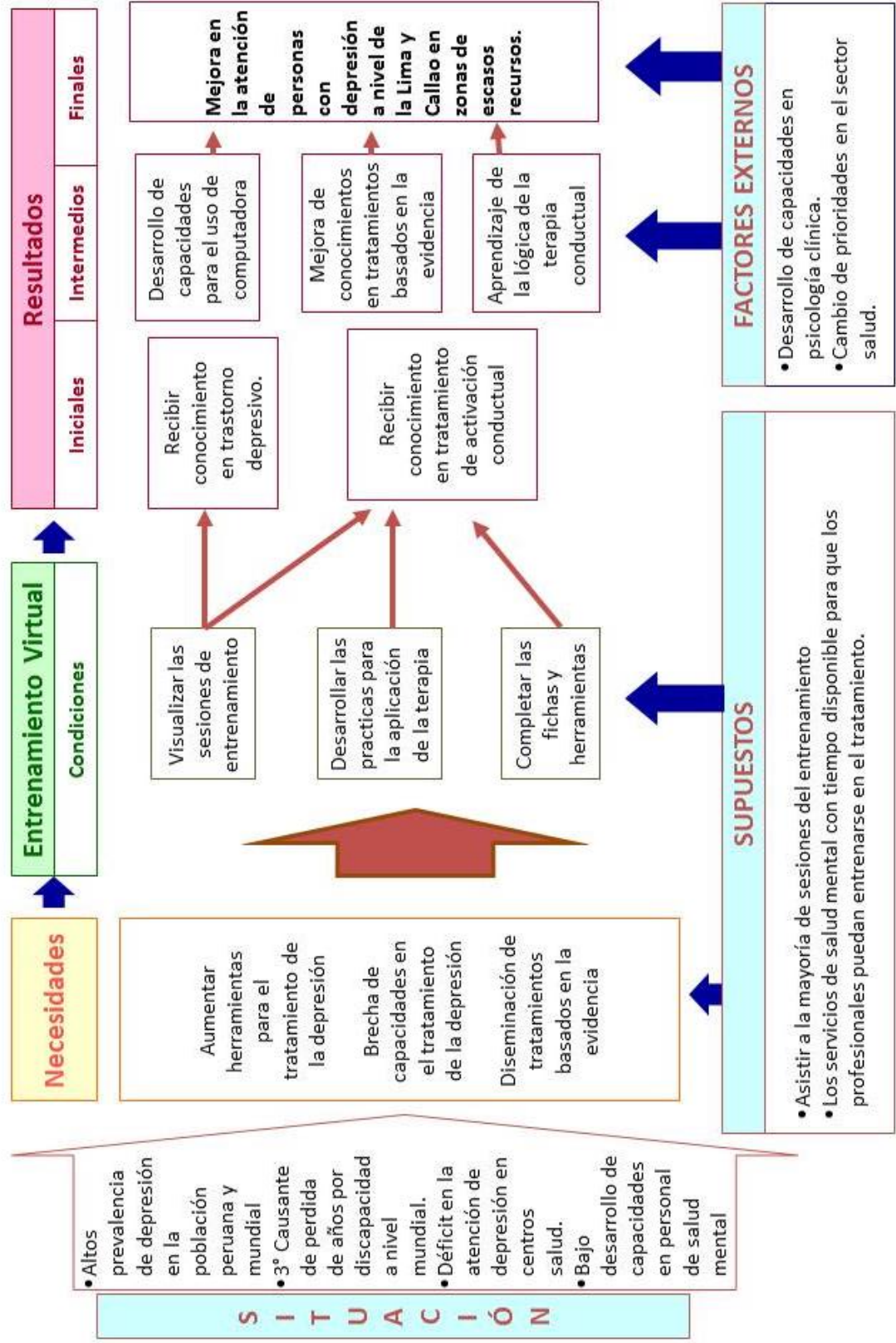
Necesidad: Ante esta situación lo que se necesita es cerrar la brecha de capacitación de los profesionales de salud mental a partir de la difusión de herramientas para abordar esta problemática como la diseminación de tratamiento para la depresión basados en la evidencia.

Condiciones: Proponemos realizar un entrenamiento virtual que tiene como elementos la visualización de las sesiones donde se aprenderá el tratamiento, el desarrollo de prácticas para la aplicación de la terapia y las fichas disponibles.

Resultados: como resultados inmediatos luego de la aplicación de la intervención encontramos que se mejorará el conocimiento sobre el trastorno depresivo y se tendrá un mayor aprendizaje sobre el tratamiento de activación conductual. A mediano plazo, se observará un mejor uso de la computadora mediante el módulo virtual, se conocerá mejor los tratamientos basados en la evidencia y la lógica de la terapia conductual. Por último, se espera que a través de todos estos elementos se mejore la atención de personas con depresión a nivel de Lima y Callao a usuarios de los centros del primer nivel de atención.

Supuesto: Para generar que la intervención pueda atender las necesidades evidenciadas es importante tener en cuenta los supuestos que asegurarán el cumplimiento de los resultados como la asistencia mayoritaria a las sesiones de entrenamiento sea en el caso virtual o presencial y asegurar que los psicólogos tengan tiempo disponible en los centros de salud para que puedan llevar el curso y aplicar el tratamiento.

Factores externos: Para poder asegurar la mejora en la reducción de la brecha de capacidades es importante tener en cuenta los elementos que no controlamos del contexto como la prioridad de las políticas enfocadas en la salud mental y que el personal de salud tenga un desarrollo de capacidades básicas en psicología clínica.



## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Atención psicológica y salud pública en el Perú**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al año 2013 ocho países de América central, México y el Caribe ya tenían una política nacional que abordaba las atenciones en salud mental. En el Caribe no latino cerca del 50% de los territorios presentaban un documento similar. En el caso de Sudamérica de los 10 países, 6 ya cuentan con una clara política de salud mental y siendo Chile el país que ha desarrollado un plan nacional que está en reformulación (24 -25). Estos países han sido influenciados por la declaración de Caracas de 1990 que sobreponía una atención comunitaria y participativa al modelo de hospital psiquiátrico considerándolo un obstáculo para el reconocimiento de atención de calidad en salud mental (113).

La implementación de las políticas de salud mental en atención primaria fue distinta según los países y en función al sistema de salud vigente. En el Perú, se han desarrollado los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) que se han puesto en funcionamiento desde el año 2015. Estos centros tienen por características impulsar la generación de un nuevo modelo de atención vinculando otras instancias como las residencias protegidas, hospitales de día, unidades hospitalarias y centros de salud del primer nivel de atención. Su objetivo principal es reenfocar la atención desde una consulta hospitalaria con posible internación hacia una consulta ambulatoria en la comunidad, siendo centrada en un equipo de profesionales multidisciplinarios con trabajo extramural. Si bien los centros pertenecen al primer nivel y en sus

intervenciones priorizan la atención primaria, también se vinculan con otros niveles de acuerdo a la complejidad del problema, pero con internación voluntaria y flexible en las unidades hospitalarias generales (113). Es en este contexto de atención psicológica en el primer nivel de atención donde se toma una nueva importancia a la salud mental incrementado el número de profesionales a nivel nacional.

Junto con la atención psicoterapéutica, la dificultad en la identificación de problemas de salud mental es otra barrera importante a la hora de empezar a tomar acciones en favor de las personas que tienen algún trastorno. En el ámbito internacional es dificultosa la adecuada identificación de los casos de depresión utilizándose mayormente la escala llamada PHQ-9 por ser breve y validada en muchas regiones. Si bien han establecido algunos criterios o parámetros sobre todo en el tipo de población que puede estar en riesgo, todavía se muestran dificultades para diferenciar los trastornos en la atención de los pacientes. Es en la atención primaria donde se debería identificar la mayor cantidad de esta población, sin embargo, muchas variables como el estigma y falta de educación en salud mental genera que no acudan a tiempo para un diagnóstico oportuno. Por otro lado, las condiciones tanto en la etnia como en los grupos de edad e incluso el género son importantes a la hora de tomar en cuenta un diagnóstico adecuado.

Los psicólogos del primer nivel de atención que tienen un enfoque de atención primaria tienen múltiples tareas encontrándose diversos desafíos a la hora de abordar a un paciente. Desde la aproximación diagnóstica, terapéutica, preventiva, comunitaria hasta las intervenciones familiares domiciliarias. En este contexto es donde la labor integral que junto a la complementariedad de los demás servicios de

salud tiene que enfocarse en prevención y recuperación de la persona de manera integral. Cada parte del proceso de abordaje es importante porque tiene por objetivo desarrollar la salud de la persona de manera total.

#### **4.2. Diseminación e implementación de la psicoterapia en salud pública**

El grupo de la Asociación Americana de Psicología (APA) encargado de la selección de tratamientos psicológicos basados en la evidencia tiene como objetivo principal proporcionar a los servicios de salud, sean públicos o privados, una lista de psicoterapias que tengan sustento científico. Para ello, establece criterios específicos como considerar al menos dos ensayos aleatorizados con grupo control, realizados en distintos grupos de investigación o algún tipo de estudio clínico que sustente su validez empírica (41,46).

Este grupo a finales de la década de 1990 seleccionó 22 tratamientos psicoterapéuticos que demostraron su eficacia y 25 que podían tener algunas mejoras en los pacientes en diversos malestares de salud mental (47). Dentro de la lista se pueden observar la Terapia Cognitivo conductual para el trastorno de pánico (48,49) y, en el caso de la depresión, la Terapia Cognitiva (50). Desde esa época hasta la actualidad, las psicoterapias que han sido incluidas en esta lista han llegado a 79. La activación conductual para el tratamiento de la depresión se encuentra en esta lista como una de las más eficaces a la hora de intervenir en personas con depresión (51).

Establecer procedimientos con sustento empírico ha sido un avance para el desarrollo de la psicoterapia en salud pública. Sin embargo, debemos llevar estos conocimientos a la implementación dentro del sistema de salud. En primer lugar, se debe diseminar estos conocimientos dando a conocer a las personas proveedoras de salud y a los actores tomadores de decisiones la información sobre la eficacia de este tipo de tratamientos para que sea transmitida de manera adecuada para su aplicación (52). En segundo lugar, es importante implementar estos tratamientos para su uso continuo dentro de las atenciones en los establecimientos de salud teniendo en cuenta su impacto a nivel poblacional (41). Estos dos procesos, diseminación e implementación, son ejes primordiales a la hora de poner en práctica los hallazgos científicos de estas intervenciones clínicas en salud mental (44).

Las investigaciones sobre el impacto de estas intervenciones psicoterapéuticas en los sistemas de salud son recientes (42, 43, 53). A nivel mundial, se conoce poco sobre cómo estas psicoterapias son implementadas y si son conocidas adecuadamente por los propios profesionales que han sido formados en este tipo de intervenciones, esta situación produce un déficit para la atención adecuada de pacientes con problemas de salud mental (54). Esto se puede corroborar contrastando las atenciones y los tipos de psicoterapias recibidas por los pacientes, observándose que más del 80% de personas no han tenido el tratamiento que le correspondía según su problema de salud mental dentro del sistema de salud de países como Estados Unidos (55). Las repercusiones de esta situación sobre todo están presentes en la atención de depresión que tiene una alta prevalencia en la población mundial, mayor pérdida de años por discapacidad

(56) y el incremento de su diagnóstico en los últimos 30 años (57). Se han diseñado diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (58). Sin embargo, su difusión para la aplicación es aún limitada siendo que en los Estados Unidos el tratamiento psicoterapéutico solamente ha llegado a menos del 50% de pacientes que requieren este tipo de terapias (57, 59, 60). Esta falta de aplicación de tratamientos adecuados afecta tanto a nivel de paciente como en el propio sistema de salud donde los gastos por paciente se multiplican (61).

En este mismo sentido, se puede observar que las tendencias de políticas de salud mental propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dan una mayor importancia a la prevención y desmedicalización de este tipo de problemáticas. No obstante, la farmacoterapia ha aumentado en un 5.2% en 10 años mientras que la psicoterapia basada en la evidencia disminuyó su uso un 10% en el mismo periodo de tiempo (55). Los diferentes factores que facilitan esta tendencia son el estigma, la negativa a ser atendido y la somatización de la depresión (58).

#### **4.2. Entrenamiento en Tratamientos Psicoterapéutico**

Existen tres estrategias utilizadas para el entrenamiento y difusión de tratamientos psicoterapéuticos en salud: los manuales de tratamiento, programas de posgrado con supervisión y la educación continua para el personal de salud.

##### **4.2.1. Manuales de tratamiento**

Una de los tipos de entrenamientos más antiguos es la difusión de manuales basados en investigaciones científicas. Si bien se ha demostrado que los psicoterapeutas

pueden tener adherencia técnica, este resultado está mediado por el contexto, el conocimiento previo del terapeuta, entre otros. No obstante, es esencial que a la hora de realizar cualquier tipo de entrenamiento un manual guíe los principios, estrategias y pasos para el desarrollo de las habilidades psicoterapéuticas (62).

Este tipo de material bibliográfico es una de las estrategias más utilizadas a la hora de difundir y entrenar personal de salud con intervenciones que han tenido validez empírica pasando por un filtro institucional, validando la eficacia y eficiencia de los procedimientos. En el caso de los Estados Unidos, la Asociación Americana de Psicología (APA) propone que las intervenciones psicoterapéuticas que ya tienen una validez determinada mediante investigaciones en la práctica clínica tengan que ser publicadas en este formato obligatoriamente (52). En el caso de Perú, lo más cercano a ello es la “Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría en depresión y conducta suicida” realizado por el Ministerio de Salud la cual describe el flujo general de atención de personas con estas afectaciones mentales por un equipo multidisciplinario de salud mental (36).

Sin embargo, se observa a nivel mundial que incluso teniendo los manuales de tratamiento existen limitantes que se deben tomar en cuenta ya que la intervención e implementación de psicoterapias están sujetas a otros factores distintos a la exposición de la información escrita. Se realizó una evaluación de actitudes e información referida a los manuales a trabajadores de salud mental en Estados Unidos en el año 2000 donde participaron 891 psicólogos, encontraron que el 75% había escuchado sobre los manuales pero menos del 50% informó tener una idea clara del

uso de estos manuales. El estudio reveló que las actitudes de los proveedores hacia los manuales de tratamiento fueron solo positivas en un 34%. Finalmente, el 47% de los psicólogos mencionaron que nunca utilizaron un manual en su intervención clínica y tan solo el 6% los usaba normalmente (63). Por otro lado, los resultados de una revisión sistemática de cinco estudios de capacitación indicaron que los manuales de tratamiento pueden ser eficaces para aumentar los conocimientos del personal de salud, pero no necesariamente para incrementar su capacidad para proporcionar los tratamientos de manera óptima (37). Además, el aumento en el conocimiento fue de corta duración y significativamente menor que el de los proveedores que participaron en capacitaciones más intensivas. Los autores concluyeron que los manuales de tratamiento pueden ser suficientes para presentar información a los psicólogos o trabajadores de salud mental, pero inadecuados cuando el objetivo es aumentar la competencia.

#### **4.2.2. Programas de Posgrado**

La inclusión de la capacitación formal en programas de posgrado en salud mental se considera un enfoque más activo para la diseminación de tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia en comparación con los manuales de tratamiento. Algunos han argumentado que para un buen entrenamiento, la enseñanza de tratamientos deben ser introducidos lo más temprano posible en la educación del profesional (64). El programa de posgrado puede ser un punto inicial ideal porque ya tienen entrenamientos interactivos, experiencias de práctica y supervisión. Sin embargo, este tipo de entrenamiento también tiene sus propios desafíos. Una encuesta transversal de 221 programas en psiquiatría, psicología y trabajo social en los Estados Unidos mostró que muchos programas ofrecían capacitación en psicoterapia, pero eso no era una condición para poder acabar los estudios de posgrado. De ellos, el 67.3% de los programas en clínica y el 61.7% en trabajo social informaron que no ofrecían ningún tipo de entrenamiento o supervisión en psicoterapia (64).

Por otro lado, una encuesta de directores de capacitación clínica en programas de posgrado en psicología en el año 1995 encontró que las psicoterapias estuvieron presentes en 46% de los programas y en 44% de los cursos de práctica. No obstante, más del 20% de los programas no proporcionaron ningún entrenamiento práctico (65).

#### **4.2.3. Educación continua**

A diferencia del desarrollo de capacidades durante la formación universitaria sea de posgrado o pregrado y la asimilación de información mediante manuales o material

bibliográfico, se ha observado que una de las estrategias cruciales para la mejora de las habilidades psicoterapéuticas de los profesionales de salud es la educación continua (41).

Muchas de las mediciones de efecto sobre capacitaciones con educación continua mencionan que obtienen mejores resultados en comparación de sesiones donde se realizan exposiciones o talleres breves de las técnicas psicoterapéuticas (40, 66-68). Además, se observó que existe una diferencia sustancial a la hora de medir el conocimiento recabado y las competencias desarrolladas en los participantes siendo el enfoque de talleres menos beneficioso que el de educación continua (69). Todavía incluyendo las diversas formas de talleres o conferencias, estas diferencias persisten (53). Otros resultados de investigación también definieron que las capacitaciones en educación continua auto dirigidas fueron beneficiosas y costo-efectivas inmediatamente, sin embargo, pero a largo plazo los efectos de aprendizajes se iban perdiendo con el tiempo reduciéndose las competencias para su aplicación (70, 71).

Finalmente, la capacitación didáctica, ya sea a través de materiales escritos o talleres se consideró ineficaz para aumentar la competencia si se utilizaba como la única estrategia de capacitación (72-74). Sin embargo, esta estrategia sigue siendo importante para introducir los antecedentes teóricos y los fundamentos básicos de un tratamiento (75) debiéndose tomar en cuenta en la educación continua de los profesionales de salud mental. Sin embargo, sus costos de implementación por los traslados y también en las inscripciones hace que no sea una de las más utilizadas por los psicoterapeutas (76).

### **4.3. Entrenamiento virtual en tratamientos psicoterapéuticos**

El principal hallazgo realizado hasta el momento por las investigaciones para el desarrollo de entrenamientos virtuales ha sido la forma como las tecnologías de la información y comunicación pueden ayudar a escalar la diseminación de las psicoterapias a nivel poblacional (44). No obstante, se necesitan algunas condiciones mínimas para tener efectos de esta diseminación en los procedimientos psicoterapéuticos, como tener en cuenta el contexto e incorporar técnicas de investigación para la implementación.

Analizando una encuesta realizada en Estados Unidos respondida por 2830 participantes entre profesionales de trabajo social, consejería y psicología. Se encontró que 68% consideraba que la principal causa de que no se adopte nuevas forma de tratamiento psicoterapéutico era el déficit de adecuadas herramientas de entrenamiento. Las principales razones para la poca apropiación de tratamientos psicoterapéuticos innovadores fueron el tiempo insuficiente para el entrenamiento (28%) y los altos costos de estos programas de entrenamiento (15%) (76).

Además de las características propias en mejoras en la accesibilidad técnica o económica, el entrenamiento virtual concede una visión muy favorable desde los principios educativos y pedagógicos en función a personalización de los procesos de aprendizaje. Sin embargo, los métodos de evaluación de los programas de entrenamiento todavía son limitados (77). Aun así, ha sido demostrado que no existe una relación directa entre resultados de aprendizaje tradicional de psicoterapias con el

impacto en el paciente. Por ello, se tendría que averiguar si existe alguna relación entre este nuevo tipo de entrenamiento virtual y los resultados en pacientes (45).

Es así que en el año 2013 al realizar una revisión de la literatura de diferentes estudios sobre las distintas formas de entrenamiento en personal de salud encontramos que los métodos pasivos de aprendizaje como la lectura de textos tienen bajo impacto a la hora de aprender los procedimientos clínicos por profesionales de la salud. Por el contrario, el estudio de casos, resolución de una situación clínica y la retroalimentación son condiciones que ayudan a desarrollar las capacidades. Si bien no se encontró una relación directa con el resultado de los pacientes, sí se observó que los entrenamientos basados en computadora o virtuales son iguales o mejores a la instrucción presencial para el desarrollo de competencias clínicas porque incluían estas formas de aprendizaje interactivo (78).

En la creación de entornos virtuales una de las expectativas más importantes ha sido llevar el aprendizaje de los estudiantes más allá de los límites de un entorno presencial de acuerdo a los principios pedagógicos de participación, creación de conocimiento y colaboración. Hasta el momento muchos entornos virtuales se han dedicado a transmitir conocimientos de manera simple pero desde una visión unidireccional. Sobre todo en contextos médicos o de salud donde lo importante es la casuística y el proceso de diagnóstico, necesitándose desarrollar la capacidad de reflexión de acuerdo a cada caso, por lo que necesitan otros enfoques de entrenamiento más reflexivo y con retroalimentación que lo virtual puede ofrecer con mayor eficacia (79).

Ante todos estos resultados favorables se están realizando diseños de entrenamiento virtuales que ayudan a tener en cuenta habilidades mínimas comunes a la hora de realizar psicoterapia desde cualquier enfoque con el aval de organizaciones como la Asociación Americana de Psicología (APA). Esto ayudaría a tener una atención en psicoterapia más equitativa y accesible para los pacientes que lo necesitan (78), incluso en otras áreas de la atención en salud con una intervención médica (79,80)

Un componente importante es la aceptabilidad de estas herramientas online en intervenciones en salud mental sobre todo en contextos alejados geográficamente como el rural. Entrevistando a 21 profesionales de la salud mental en zonas rurales de Australia mencionaron que si bien eran optimistas en la introducción de estas nuevas herramientas para mejorar la atención prefieren que estas sean complementarias a las herramientas presenciales actuales. Una de las principales barreras que observaron fue el poco entrenamiento en el uso de estas herramientas en el contexto rural lo cual dificultaba su apropiación (81).

#### **4.3.1. Entrenamiento a distancia basado en grabaciones en video**

Desde mediados del siglo XX se han utilizado las grabaciones en video de sesiones de psicoterapia para el entrenamiento de psicoterapeutas sobre todo en residencias de psiquiatría. Este es una de las metodologías más utilizadas a la hora de aprender psicoterapia, ya que permite enfocarse en el desarrollo de habilidades en el mismo momento que se ejecutan. Además, permiten que se pueda auto monitorear a los estudiantes en formación en cualquier momento acompañado de una supervisión constante (82).

Esta técnica también ha sido utilizada para la supervisión de psicoterapeutas profesionales. Sin embargo, uno de los principales obstáculos es la resistencia de los propios terapeutas a la evaluación de un externo, incluso más que los propios pacientes que reconocen los beneficios a la hora de mejorar sus tratamientos (83).

Si bien existe muchas limitaciones sobre todo éticas para poder realizar las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a pacientes por medios tecnológicos. En el caso de los métodos tecnológicos dirigidos a los psicoterapeutas como es el caso de los entrenamientos virtuales y supervisiones a distancia se han venido aceptando a lo largo del tiempo con mucha mayor rapidez que los dirigidos a los pacientes. Esto ha llevado a que se puedan buscar nuevas formas de uso de tecnologías para mejorar la salud mental de las personas desde el fortalecimiento de las capacidades del psicoterapeuta (84).

#### **4.3.2. Entrenamiento virtual en línea**

Uno de los territorios que más se ha beneficiado de los entrenamientos virtuales hasta el momento han sido las zonas rurales. Dentro de las ventajas, además del mejor costo -beneficio también está la posibilidad de fortalecer la auto regulación en el aprendizaje de los profesionales junto a la supervisión continua y personalizada reduciendo a cerca del 50% las sesiones presenciales para estos fines (85).

A nivel nacional, en el año 2011 se realizó un estudio para evaluar un curso de educación por web sobre enfermedades de transmisión sexual a 619 médicos y obstetras que laboraban fuera de las grandes ciudades en Perú. Al evaluarse la

satisfacción y la usabilidad del curso, 95% de las participantes mencionaron que fue muy buena la experiencia y 94.2% calificaron al curso de muy útil. Además, los conocimientos aumentaron de 64.2% a 77.9% del total de respuestas correctas (86).

Un problema recurrente a la hora de evaluar entrenamientos es tener las posibilidades operativas y de recursos para realizar la evaluación lo más real posible. Por ello, se realizó una comparación entre el juego de roles y evaluación basada en web para un entrenamiento en terapia cognitivo conductual con 93 terapeutas encontrándose una especificidad del 78% del método basado en web con lo cual se puede equiparar los dos métodos para evaluar las competencias aprendidas en un entrenamiento. Además, una limitante de las evaluaciones presenciales en juego roles es su bajo nivel de escalabilidad, altos recursos y tiempo, teniendo la evaluación virtual mayores proyecciones de implementación (87).

Si bien el entrenamiento virtual hace más eficaz el uso del tiempo reduciendo distancias y siendo más flexible, todavía tiene algunas limitaciones a la hora de implementarse. Entrevistando a 8 consejeros profesionales en Estados Unidos sobre su experiencia en el uso de un programa de entrenamiento virtual sobre tratamiento para la depresión en individuos con abuso de sustancias, mencionan que el tiempo utilizado en el entrenamiento así como la adaptación a su entorno de trabajo de la información aprendida fueron los principales retos. Ya que no siempre tenían un tiempo establecido para el entrenamiento, ocupaban sus horas de almuerzo o tiempo fuera del trabajo y, por otro lado, las posibilidades de aplicar el tratamiento para la

depresión según la información recibida por el entrenamiento eran escasas en la realidad institucional que trabajaban teniendo que adaptar lo aprendido (88).

Sin embargo, en este contexto institucional teniendo el apoyo de los tomadores de decisiones y asignando un tiempo establecido por los propios centros para tener las sesiones, en el año 2015 se realizó un estudio de ensayo aleatorizado pareado con 45 departamentos de psiquiatría en Holanda donde se capacitaba sobre las directrices nacionales de prevención del suicidio. La intervención consistió en entrenamiento presencial con apoyo de e-learning comparado con entrega de guías de aplicación para la implementación. La mejora fue significativa a nivel individual en los profesionales que recibieron la intervención mostrando una mayor adherencia a las indicaciones para mejorar la implementación de la directrices nacionales de prevención del suicidio ( $b=4.6$ ), conocimiento ( $b=2.7$ ) y confianza para su aplicación ( $b=0.8$ ). Las enfermeras fueron las que tuvieron mayor adherencia a las pautas de intervención ( $b=6.6$ ), no sucediendo esto con los psicólogos o psiquiatras (89).

Así también, en un estudio realizado por el servicio de salud irlandés en el año 2017 se encontró que 102 psicoterapeutas que habían llevado entrenamiento virtual sobre tratamiento en terapia cognitivo conductual transdiagnostica para desórdenes alimenticios habían mejorado sus niveles de conocimiento en un 42.5% de respuestas acertadas en la evaluación final indicando un buen nivel de competencia según la escala aplicada. Teniendo en cuenta que su tasa de perdida fue de 15.7% al finalizar el estudio los resultados demostraron que se puede mejorar las competencias de los profesionales de salud mediante métodos escalables geográfica y económicamente

siendo estos las principales barreras a la hora de diseminar psicoterapias basadas en la evidencia (90).

Como vemos las características de la institución de salud mental es un componente a tomar en cuenta ya que se encontró que existen diferencias significativas en el aprendizaje entre los consejeros que atienden en unidades con alta de demanda de pacientes que en donde la atención es más reducida (91). Este resultado fue parte de un entrenamiento sobre terapia cognitivo conductual con 127 consejeros de 54 unidades de adicción en Estados Unidos los cuales se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos, uno recibió entrenamiento virtual y el otro recibió entrenamiento basado en un manual con entrenadores, cada uno en 8 sesiones. Al evaluarse las habilidades de postura terapéutica centrada en el cliente junto con habilidades genéricas y específicas de terapia cognitivo conductual mediante la visualización de 8 videos grabados de sesiones realizadas por estos consejeros luego de su entrenamiento, se encontró que no había diferencias significativas entre las intervenciones y tampoco entre el pre y post test (91).

Por otro lado, otro de los componentes externos más importantes del entrenamiento virtual ha sido la forma de recepción de los participantes de acuerdo a su contexto cultural. En China este tipo de intervención con medios virtuales para que los psicoterapeutas psicoanalistas puedan aprender o mejorar sus herramientas de análisis ha sido innovador pero teniendo en cuenta barreras culturales similares a otros países. La tecnofobia que se tiene a la hora de estar en un entorno totalmente virtual y desconfiar de las propias habilidades para su buen uso es una característica recurrente

en la intervención que se realizó a través de Skype por parte de la Alianza Psicoanalítica China Americana (CAPA en inglés). Por otro lado, se observó que rompía el esquema direccional del maestro que había sido tradicional en la educación china donde se mostraba poca participación del estudiante en las clases presenciales. Con esta intervención se pudo promover la mayor participación de los estudiantes mediante foros en la plataforma de Yahoo (92).

Otro componente importante es saber que existen diversas formas de entrenamiento virtual. Por ello, se han realizado entrenamientos que combinan diferentes tipos de intervención virtual para comprobar su eficacia como el estudio realizado por Harned y colaboradores que compara un entrenamiento virtual multimedia, entrenamiento virtual con intervención motivacional computarizada y las intervenciones anteriores sumado al uso de una comunidad de aprendizaje virtual. Estos tres grupos se aplicaron con 181 participantes durante 12 semanas teniendo evaluaciones iniciales y finales. Se encontró que todos los métodos eran útiles y usables pero que la combinación de las tres intervenciones tenía mayor efecto en actitudes, conocimiento y el manejo clínico del profesional. Además, usar únicamente el entrenamiento virtual ya mejoraba todos los resultados de los participantes significativamente (93).

Así mismo, en el año 2015 se realizó un análisis de las características sociodemográficas en un curso virtual masivo (MOOC en inglés) sobre terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma donde participaron 98 646 profesionales de la salud mental a nivel mundial de los cuales terminaron el curso solo 67 201. Los participantes que en mayor porcentaje terminaron el programa fueron los que habían

tenido experiencia con menores víctimas del trauma, sean terapeutas de familia o trabajadores sociales. En la evaluación de conocimiento por modulo, se encontró que el conocimiento aumentó en los 10 módulos establecidos con un coeficiente de cohen de 0.4 hasta 1.22, sin embargo, en 3 módulos lo puntajes fueron superados en su pre y post test por las personas que abandonaron el curso en la siguiente sesión (94).

Como hemos visto la percepción de los participantes hacia el entrenamiento tanto en el contenido y los factores externos como el propio entorno virtual son importantes para su implementación. Conocer la preferencia de los participantes evaluando la aceptabilidad del mismo es importante si queremos diseñar entrenamientos virtuales. Por ello, en Reino Unido se realizó una encuesta a 183 profesionales de la salud dando como resultado que las características que más les importaban en los entrenamiento basados en web eran los materiales de uso clínico ilustrativos como manuales, fichas o gráficos, realización de demostraciones mediante juego de roles de los procedimientos, y que se hable desde la práctica clínica real (95).

A su vez, tener en cuenta los conocimientos previos sobre informática o computación de los profesionales de salud mental podría significar un cambio en los resultados. Un entrenamiento virtual sobre servicios de salud mental con 24 profesionales de servicios de salud mental rural durante 24 semanas con 5 módulos encontró un cambio en los participantes aumentando la confianza en el trabajo en este tipo de servicios de salud mental. Sin embargo, en el caso de percepciones, solo se logró cambiar la percepción de que el entrenamiento es necesario para la calidad de su trabajo. A diferencia de otros estudios este tomo en cuenta los conocimientos previos

que tenían con el uso de informática y computadora observando que este no influye a la hora de realizar los cursos virtuales (96).

En general, podemos observar que existe mayores beneficios en el entrenamiento virtual online de tratamiento psicoterapéuticos sobre todo en enfoques conductuales (97) y cognitivo conductuales, incluso en poblaciones alejadas o rurales (98), sobre todo en lo que se refiere a conocimientos y satisfacción. En cuanto a su aplicabilidad, los estudios confirman que este tipo de entrenamiento si pueden tener un cambio significativo en competencias siendo su evaluación presencial (99). Si bien en algunas investigaciones las diferencias entre los entrenamientos presenciales y virtuales no son significativos, esto puede deberse a otros factores externos. Es así que en la comparación de 166 consejeros entrenados en el módulo de afrontamiento y ansia del manual NIDA sobre terapia cognitivo conductual para el tratamiento de adicción de cocaína distribuidos en tres grupos aleatorizados: entrenamiento basado en web, entrenamiento presencial y un grupo sin entrenamiento, resultó en mejores aprendizajes pre y post-test con ambos tipos de entrenamiento pero sin diferencias significativas entre ellos midiendo sus conocimientos basados en el módulo del manual. La característica principal de la intervención fue su duración de 90 minutos en lo presencial y 60 minutos en el caso del entrenamiento basado por web, ambos con solo una sesión. Todos los participantes fueron entrenados un mismo día, en el mismo lugar solo que en diferentes aulas (100).

Cabe resaltar que los procedimientos psicoterapéuticos a diferencia de otros procedimientos como los médicos tienen herramientas enfocadas en el trato con las

personas más allá de equipos o herramientas. En un estudio realizado con proveedores de atención primaria, médicos y enfermeras, se les entrenó virtualmente sobre evaluación y manejo de síntomas de estrés postraumáticos en veteranos de guerra. Se diseñaron 4 módulos que incluían evaluación, problemas relacionados, intervención farmacológica e intervención psicoterapéutica para lo cual se evaluaron satisfacción, conocimiento y confianza antes, después del tratamiento y 30 días posteriores. Los resultados demostraron que los aspectos evaluados se mantuvieron altos incluso después de 30 días, sin embargo, el único resultado que no se sostuvo fue el conocimiento en intervención psicoterapéutica (101).

En los últimos años se ha venido desarrollando el componente de la supervisión como eje esencial de todo entrenamiento psicoterapéutico, permitiendo las consultas a un experto sobre el tema sin estar presente en cada lugar. Es así que en el año 2005 se realizó un estudio para conocer las diferencias entre las técnicas de entrenamiento de terapia cognitivo conductual en 54 participantes. Las condiciones de entrenamiento fueron mediante solo un manual, entrenamiento presencial con supervisión y entrenamiento virtual online. Se evaluó las habilidades mediante tres juegos de roles grabados y calificados por expertos en una junta con evaluaciones de conocimiento sobre este tipo de terapia para cada participante. El estilo presencial con supervisión en comparación con los otros tuvo mejor evaluación en las habilidades adquiridas, sin embargo, en cuanto a los conocimientos los 3 grupos no tuvieron diferencias significativas. Es de resaltar que el entrenamiento virtual solo se basó en lecturas fundamentadas en el manual sin herramientas multimedia. (31)

Incluso en algunos casos se ha podido incluir a pacientes para evaluar el mejor uso de las herramientas aprendidas. Al evaluar el entrenamiento de la terapia de ritmo social e interpersonal en modalidad presencial con supervisión en comparación al entrenamiento virtual con aprendizaje colaborativo en 36 profesionales de salud mental aleatorizados en 5 centros de salud mental comunitario, no hubo diferencias significativas entre ambas intervenciones. La medición fue realizada por 136 pacientes de desorden bipolar tratados por los profesionales entrenados. Llenaron un registro luego de las sesiones donde describieron a detalle las técnicas utilizadas por el psicoterapeuta en cada sesión. Los profesionales entrenados fueron evaluados durante 3, 6 y 12 meses luego de la intervención. No obstante, esta forma de medición está influenciada por otros factores dependientes del paciente y su percepción del tratamiento (102).

Esta complementariedad entre el entrenamiento basado en web con supervisiones mediante internet está siendo una de las mejores formas de desarrollar las competencias psicoterapéuticas. Este tipo de metodología tiene mayores beneficios en acceso, costo-efectividad y conveniencia al tener condiciones técnicas de cualquier computador y acceso a internet. Es parte esencial del entrenamiento ya que permite entrenar a más profesionales como también estar presente de manera simultánea en distintos lugares (103). Ya desde inicios de los años 1990 se analizaba la forma como el entrenamiento y supervisión virtual tenían posibilidades para el desarrollo de habilidades en consejeros sobre todo si estas herramientas se integraban con otras tecnologías (104).

Con esto, una de las cuestiones más importantes a la hora de realizar entrenamiento virtual es su permanente retroalimentación. Siendo uno de los problemas más importantes de la psicoterapia el poder formar un caso clínico de manera rigurosa, el entrenamiento virtual posibilita que pueda ser supervisado de manera directa posibilitando que los conocimientos recibidos de una terapia no sean aplicados de manera rígida sino de acuerdo a un contexto cultural y según el caso. La supervisión sostenida y continua es una gran fortaleza que ha demostrado tener este tipo de entrenamiento como forma de traducir lo teórico a lo práctico mediante un dialogo directo con el experto (105)

En el año 2017 se realizó un estudio aleatorizado con 35 profesionales de salud donde compararon diferentes formas de realizar entrenamiento de psicoterapia cognitivo conductual como transmisión en vivo de expertos, consulta de pares y fichas informativas auto instructivas. Se encontró que todos los casos tuvieron igual satisfacción y usabilidad. Sin embargo, los conocimientos decayeron posteriores a cualquier forma de entrenamiento y se encontró que la trasmisión en vivo de expertos tenía menos posibilidades para implementarse. Se concluyó que no siempre tiene relación los conocimientos adquiridos con la realización de la práctica psicoterapéutica (106).

Existen muchas críticas al entrenamiento virtual en psicoterapia sobre todo desde el enfoque psicoanalítico donde predomina el acercamiento afectivo como un componente esencial de esta terapia. Sin embargo, el uso de Skype se ha extendido tanto para el entrenamiento como la psicoterapia ayudando a muchas personas e

incluso mejorando su experiencia en este enfoque psicoterapéutico. Se realizó una comparación de tres formas de entrenamiento virtual en Rusia: supervisión con Skype, manual de consulta y un grupo que no tenía ningún entrenamiento. El entrenamiento duró 3 meses evaluándose las habilidades en terapia cognitivo conductual al inicio, mitad y al final del estudio. El entrenamiento con supervisión por Skype resultó ser más efectivo que los otros grupos, incluso no habiendo diferencias significativas entre el grupo con manual y sin intervención. Además, no hay evidencia que la entrega de manuales sin la supervisión sea un mejor método que el grupo sin entrenamiento por lo que no necesariamente es una mejor herramienta de aprendizaje (107).

#### **4.3.3. Entrenamiento virtual fuera de línea**

Un meta análisis de 120 estudios entre el año 1987 al 1992 sobre entrenamiento asistido por computadora fuera de línea evaluando la medida de efecto de los estudios encontró que si bien todas las intervenciones con este método eran mejores que la enseñanza tradicional, esto se podía deber a factores como el alto esfuerzo y tiempo puesto en el diseño del portal virtual o la diferencia en el tipo de material realizado para cada caso. Así mismo, no hubo diferencia entre los entrenamientos realizados con profesionales de diferentes edades, tipo de especialidad aprendida y tipo de entrenamiento por computadora. La diferencia más importante fue la comparación con los grupos controles, donde los que no tienen entrenamiento o solo un manual no tienen efecto positivo en el aprendizaje (108).

Otro estudio realizado mediante revisión sistemática de 49 investigaciones de ensayo controlado aleatorizado comparando entrenamiento virtual con entrenamiento tradicional o cualquier otro tipo de entrenamiento; la modalidad computarizada o virtual es igual o mejor en todos los casos. Tanto a nivel de conocimiento, actitudes, habilidades y satisfacción ningún estudio demuestra que el entrenamiento virtual no vinculado a internet tenga menor impacto que el entrenamiento tradicional (109)

En Estados Unidos se desarrolló un entrenamiento virtual mediante CD ROM (offline) sobre un tratamiento de alcoholismo basado en 12 pasos. Se comparó 25 participantes médicos distribuyéndolos aleatoriamente en un grupo que recibió el CD ROM más el manual y otro que recibió solamente el manual, teniendo como resultado un mayor nivel de conocimiento en el primer grupo. Un componente importante de este estudio fue que se preguntó la familiaridad con las diversas psicoterapias solo teniendo un mayor aprendizaje en las personas que se sentían más cercanas a la terapia cognitivo conductual en el grupo que recibió el CD ROM (110).

#### **4.3.4. Nuevas tecnologías para el entrenamiento en psicoterapia**

El uso de realidad virtual está siendo una de las herramientas más prometedoras a la hora de realizar entrenamientos psicoterapéuticos ya que permite establecer un ambiente clínico inmediato. Si bien esta tecnología solo ha podido ser demostrada mediante imágenes en dos dimensiones, disminuyendo su calidad de realismo, todavía su potencial es importante ya que se puede controlar lo verbal y conductual a detalle en cualquier ambiente psicoterapéutico que se quiera representar. El avance hacia la captura de movimientos corporales y la posibilidad de los contextos en tres

dimensiones son líneas de desarrollo que se están explorando para mejorar el realismo en el entrenamiento de competencias de los psicoterapeutas siendo estos usables y efectivos en el aprendizaje. Además, al ser difícil simular o replicar con pacientes reales una situación de crisis en depresión o ansiedad para poner en juego las habilidades del psicoterapeuta esta opción se convierte en una de las principales herramientas para posibilitar el control de conductas y un manejo ético adecuado (111).

Una de las herramientas que van más allá en el desarrollo de aplicativos informáticos para el entrenamiento es la de interactuar con pacientes virtuales basado en tecnología de agente humano virtual asociado a inteligencia artificial. Esta herramienta da la posibilidad de generar un paciente computarizado con ciertas características de tal manera que lo podemos estandarizar para realizar psicoterapias en vivo (112).

## **5. Justificación**

La depresión como problemática de salud pública en los últimos años demanda una atención adecuada del sistema de salud nacional e internacional. Uno de los componentes más importantes en la atención de salud ha sido el personal proveedor de servicios en los diferentes niveles del sistema. Es ahí donde se necesita del fortalecimiento de sus capacidades junto al empoderamiento institucional de los servicios de salud mental para su atención. Ya que a diferencia de otros servicios especializados este no necesita de una infraestructura compleja sino de profesionales de la salud mental formados adecuadamente para implementar y aplicar de manera eficaz los procedimientos preventivos y recuperativos.

Existen muchos estudios que sustentan el valor agregado de procedimientos psicoterapéuticos por el bajo nivel de recaídas y la sostenibilidad del tratamiento en problemas de salud mental sobre todo en trastornos como la depresión y ansiedad. Sin embargo, todavía se desconfía de su eficacia en los sistemas de la salud pública en los países de Latinoamérica ya que no se conocen los estudios que comprueban su validez, tanto de los tomadores de decisiones como también de los propios operadores de salud. Por ello, es importante emprender la disseminación de tratamientos basados en la evidencia en psicoterapia dese una mirada que pueda ayudar a mejorar las capacidades de los profesionales de la salud principalmente psicólogos.

Esta disseminación de procedimientos por su envergadura y urgencia para su aplicación en los centros de salud tiene que tener características específicas para que

puedan llegar de manera eficaz. Una de estas características es la masividad, observando que la población de psicólogos del primer nivel de atención esta geográficamente dispersa a nivel nacional e incluso localmente se encuentra a distancias poco accesibles teniendo en cuenta la centralización de servicios de capacitación para su actualización constante. Además, tiene que ser rápida y efectiva a la hora de las estrategias de aprendizaje de tal manera que sea interactiva, esto permitirá una mejora en la adquisición de conocimiento en menor tiempo. Finalmente, tiene que tomar en cuenta el componente de costo-efectividad para poder maximizar recursos de tal forma que se posibiliten diseminar tratamientos tanto generales como específicos dentro del ámbito de la atención en salud mental.

El impacto que se genera es de vital importancia para promover la mejora en la salud de manera integral y basada en la evidencia de la poblaciones más vulnerables que se atienden en los establecimientos del primer nivel del sistema de salud. Es en esta misma población donde el trastorno depresivo está presente con mayor frecuencia por diversas condiciones sociales de violencia, desempleo y pobreza.

Con este tipo de intervenciones también estamos fortaleciendo la desmedicalización y desinstitucionalización de los problemas de salud mental haciendo que los profesionales de este servicio tengan las herramientas adecuadas para que se evite tener una mayor complejidad del trastorno y su posible internamiento incurriendo en gastos innecesarios para el sistema de salud. Cambiar la mirada de los propios profesionales de salud mental hacia una óptica menos patologizante recurriendo a herramientas que puedan fortalecer los recursos de las propias personas para enfrentar

sus problemas en sus entornos antes que sobreestimar o infravalorar el problema de la depresión.

Por otro lado, es oportuno el acercamiento del personal de salud mental a las tecnologías como apoyo a la atención siendo una de las que menos la utilizan entre las diferentes especialidades de salud. Establecer esta relación con herramientas tecnológicas para su capacitación ayudará a que puedan tomarlas en cuenta para su uso en próximas intervenciones. A su vez, este tipo de estrategias están siendo promocionadas por la OMS como forma más eficaz para mejorar las competencias de los recursos humanos en salud.

Si bien en la actualidad existen muchos cursos ofrecidos y realizados a nivel nacional por parte de instituciones privadas y por el propio Ministerio de Salud, hasta ahora estos han dejado de lado la evidencia que sustente su aplicación, eficacia e impacto en conocimientos y satisfacción de los profesionales de la salud mental.

Finalmente, la creación del módulo virtual de entrenamiento es una medida sostenible que puede ser replicada con las nuevas generaciones de psicólogos y psicólogas que ingresen a laborar en el sistema de salud tanto a nivel de SERUM o internos de psicología.

## **6. Objetivos**

El objetivo general de este estudio es determinar la mejora del conocimiento y satisfacción del entrenamiento virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión en psicólogos de centros de salud del primer nivel de atención comparado con entrenamiento presencial.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar un módulo de entrenamiento virtual en activación conductual para el entrenamiento de la depresión.
- Determinar el nivel de conocimientos en activación conductual en los psicólogos de primer nivel de atención en entrenamiento virtual y presencial, antes y después del entrenamiento.
- Determinar el nivel de satisfacción en el entrenamiento de activación conductual por parte de los psicólogos entrenados en modalidad virtual y presencial.

## **7. Hipótesis**

Los psicólogos de los establecimientos de salud del primer nivel de atención tendrán mejor conocimiento y satisfacción al participar en un entrenamiento virtual sobre activación conductual para el tratamiento de la depresión, comparado con los psicólogos que reciban un entrenamiento basado en exposiciones presenciales. Como resultado, los psicólogos que participaron en el entrenamiento virtual tendrán mayor probabilidad de presentar mayor conocimiento para el tratamiento de la depresión.

## **8. Metodología**

### **8.1. Diseño de estudio**

Realizamos un estudio aleatorizado de intervención. Se compararon dos grupos expuestos al azar, uno recibió entrenamiento en forma virtual y el otro recibió entrenamiento presencial. Se midieron los cambios en conocimientos de la psicoterapia de activación conductual para el tratamiento de la depresión y la satisfacción con ambos tipos de entrenamientos.

El grupo de intervención recibió entrenamiento de manera virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión en 5 sesiones de 90 minutos con un módulo virtual en plataforma Moodle en una página web. Cada una de estas sesiones contó con herramientas en el módulo virtual como diapositivas realizadas en Power Point grabadas con la voz del expositor, videos instructivos, un manual de entrenamiento y fichas de práctica psicoterapéuticas. Además, a este grupo se realizó un taller de inducción donde se realizó el piloto de prueba para evaluar su usabilidad.

El grupo control tuvo un entrenamiento basado en capacitación presencial de activación conductual para el tratamiento de la depresión con 5 sesiones de 90 minutos cada una. Estas capacitaciones fueron asistidas por un expositor experto mediante las presentaciones en diapositivas realizadas en Power Point, videos instructivos y las herramientas del entrenamiento (un manual de entrenamiento y fichas de práctica psicoterapéuticas) las cuales se proporcionaron de manera física.

## **8.2. Población**

Este estudio se realizó en la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA-Callao), las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Este (DIRIS Lima Este) y Lima Sur (DIRIS Lima Sur). Estas direcciones de salud integran el ámbito geográfico de dos regiones conformando un universo de 167 profesionales de psicología en establecimientos de salud de primer nivel de atención en Lima Metropolitana y 48 en la Región Callao siendo un total de 215. Su horario de atención mayoritariamente es por las mañanas teniendo una mayor presencia del género femenino en ambos casos (116 en Lima Metropolitana y 34 en Callao).

## **8.3. Tamaño de muestra**

La muestra calculada para la investigación fue de 80 profesionales de psicología en ambos brazos, 40 psicólogos recibieron entrenamiento virtual y 40 psicólogos recibieron entrenamiento presencial. Para calcular este tamaño nos basamos en un porcentaje de cambio de 20% en el conocimiento de aprendizaje de psicoterapia para la depresión entre un entrenamiento virtual y presencial realizado anteriormente en Estados Unidos (30), con una desviación estándar del puntaje de la prueba de conocimiento en activación conductual de 0.15 para ambos grupos, un poder de 80% y un  $p < 0.05$ . Al tamaño muestral encontrado (72) haciendo este cálculo le agregamos una tasa de pérdida de seguimiento de 10% de participantes (8).

#### 8.4. Criterios de selección

- *Inclusión*
  - Laborando en el centro de salud en el año 2017.
  - Psicólogo titulado y colegiado.
  - Menores de 65 años
  
- *Exclusión*
  - Conocimiento previo de Activación Conductual.

#### 8.5. Estrategia de Muestreo

Se realizó una selección de la muestra probabilística mediante muestreo aleatorio simple de acuerdo a la lista de psicólogos que asistieron a la sesión de evaluación de línea inicial y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión ordenados alfabéticamente según apellidos.

#### 8.6. Variables

##### 8.6.1. Variables dependientes

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Categoría</b>
Conocimiento de activación conductual	Número de respuestas positivas a las 50 preguntas sobre activación conductual.	Cuantitativa	Escalar	% de conocimiento en materia de activación conductual

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Categoría</b>
Satisfacción de entrenamiento en activación conductual	Número de respuestas positivas a las 9 preguntas sobre satisfacción del entrenamiento.	Cualitativa	Ordinal	% de satisfacción en el entrenamiento activación conductual

### 8.6.2. Co-variables

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Categoría</b>
Características sociodemográficas	Respuestas a las 17 preguntas sobre características sociodemográficas.	Cualitativa	Nominal	Edad, género, experiencia, formación, grado, tipo de pacientes, tipo de problemas atendidos.

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Categoría</b>
Capacidades informáticas y uso de la computadora	Respuestas a las 7 preguntas sobre Capacidades informáticas y uso de la computadora.	Cualitativa	Nominal	Uso de computadora, uso de páginas web, uso de otras herramientas informáticas.

## **8.7. Procedimiento**

La presente investigación contempló 7 fases (ANEXO 6):

### **8.7.1. Fase 1: Línea de Base.**

Conjuntamente con la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz de la DIRESA Callao, DIRIS Lima Sur y DIRIS Lima Este se contactaron a 80 psicólogos para poder realizar la evaluación de línea de base de activación conductual. Se eligieron a profesionales de psicología de los establecimientos de salud del primer nivel mediante los registros de contratación.

Para ello, se desarrolló 7 exposiciones con los psicólogos según red de salud asistencial de la Región Callao (Ventanilla, BEPECA, La Punta-Bonilla), Lima Sur (Villa María del Triunfo - San Juan de Miraflores y Barranco-Chorrillos-Surco) y Lima Este (Red Lima Este) para dar a conocer la investigación con sus características específicas. En esas exposiciones realizadas se explicó el objetivo del estudio, justificación, ampliaciones, los beneficios y riesgos que conllevaba, posteriormente se les entregó el consentimiento informado (ANEXO 1) donde se detallaban estos mismo puntos de la investigación realizada, este documento fue firmado voluntariamente por los psicólogos interesados. Solo a los que firmaron el consentimiento informado se les aplicó la ficha sociodemográfica (ANEXO 2) que consistía de 17 preguntas para conocer las características específicas del profesional, su labor y entorno institucional. También a estos psicólogos firmantes se les aplicó un cuestionario de 7 preguntas sobre capacidades informáticas y de uso de computadora

(ANEXO 3) para conocer el uso cotidiano que tienen de las tecnologías de información y comunicación.

Finalmente, la evaluación de conocimientos (ANEXO 5) sobre la activación conductual como tratamiento para la depresión fue administrada una semana antes del inicio de las sesiones de entrenamiento mediante un cuestionario de 50 preguntas con respuestas múltiples (5 alternativas) diseñado específicamente para la investigación según los principios de activación conductual para el tratamiento de la depresión de Kanter (28).

### **8.7.2. Fase 2: Elaboración de guías y manuales**

Para poder realizar los módulos de activación conductual tanto a nivel presencial como virtual fue necesario diseñar un syllabus con las sesiones desarrolladas por el expositor. Así mismo, los contenidos de los módulos virtuales y presenciales como la información básica para el entrenamiento eran una adaptación exclusiva de esta investigación de diferentes manuales de activación conductual realizados por expertos en el tema como Kanter (28) y Barraca (29). Dentro de este manual se realizó una guía metodológica para el entrenamiento tanto virtual como presencial. Donde se establecieron los objetivos y la secuencia lógica de los módulos desde los fundamentos teóricos principales hasta las estrategias implementadas en cada sesión con herramientas y recomendaciones (29, 36). Este documento fue puesto a disposición de los 80 psicólogos participantes.

### **8.7.3. Fase 3: Desarrollo del aplicativo para entrenamiento.**

#### *Desarrollo del módulo virtual de entrenamiento de activación conductual.*

La estrategia de entrenamiento se realizó en cuatro pasos: fundamentación, principios, herramientas y estrategia de abordaje. Se diseñaron un total de 5 sesiones las cuales fueron divididas de la siguiente forma: 1 sesión de introducción, 1 sesión de fundamentos y principios, 1 sesión de herramientas y 2 sesiones de estrategias de abordaje. Cada sesión fue de 90 minutos donde luego de su ejecución se podían realizar consultas mediante correo electrónico. Este aplicativo fue desarrollado con componentes de la plataforma MOODLE y con videos grabados de las presentaciones de la sesiones según los temas almacenados en la plataforma de YOUTUBE con vista privada. Se realizó un acompañamiento virtual a través del correo electrónico en el entrenamiento, de tal forma que se resolvían dudas del manejo del sistema, temáticas, entre otros.

#### *Pruebas internas*

Se estableció el uso adecuado de los comandos y módulos según los materiales diseñados y la guía metodológica de entrenamiento del manual diseñado.

#### *Configuración de aplicativo en host*

Se le asignó un dominio web (<https://aprendizaje.sumaq-kawsay.net>) con soporte del host de la unidad de informática biomédica en salud global de la Facultad de Salud Pública y Administración. Se descargó el software MOODLE a la base de datos del hosting y se relacionó con el dominio adquirido. Posteriormente se modificó la

interfaz del MOODLE mediante una plantilla más interactiva y simple para que pueda ser de fácil uso para los participantes.

#### *Desarrollo de los módulos presenciales de entrenamiento de activación conductual.*

Se dividió en 5 sesiones las cuales fueron repartidas según las temáticas (1 sesión de introducción, 1 sesión de fundamentos y principios, 1 sesión de herramientas y 2 sesiones de estrategias de abordaje). Cada sesión fue de 90 minutos donde luego se realizaron consultas en ronda de preguntas de 15 minutos para ser resueltas por el expositor. Estas capacitaciones se realizaron en la sala de reuniones de la unidad de capacitación de la DIRESA Callao. En el caso de Lima se realizó en las instalaciones de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sede Miraflores. Las exposiciones se realizaron con presentaciones en formato Power Point junto con el manual de entrenamiento, videos demostrativos y fichas de tratamiento.

#### **8.7.4. Fase 4: Validación del aplicativo: Piloto.**

##### *Implementación de piloto*

Se realizó la validación asignándole a todos los psicólogos seleccionados en modalidad virtual en la DIRESA Callao, DIRIS Lima Sur y DIRIS Lima Este una sesión demostrativa de todo el aplicativo teniendo una duración de 15 minutos a manera de piloto de tal forma que se pueda comprobar la interacción del profesional con el aplicativo en función de la operatividad y accesibilidad de los módulos de entrenamiento virtual según las capacidades de los psicólogos en el uso de

computación. Así mismo, la adecuación del lenguaje de los contenidos del entrenamiento de tal forma que sean comprendidos de manera directa.

#### *Identificación de problemas en el aplicativo*

En la sesión asignada para cada uno de los psicólogos seleccionados de DIRESA Callao, DIRIS Lima Sur y DIRIS Lima Este se les acompañó para que se puedan registrar los problemas o modificaciones que crean pertinente de realizar al aplicativo para mejorar los componentes del sistema virtual de tal forma que sea lo más adecuado para los profesionales que lo usarán.

#### *Levantamiento de observaciones*

Al no realizarse observaciones para la modificación del módulo por parte de los psicólogos no se efectuaron cambios en el aplicativo de tal forma que la interfaz fue validada por los psicólogos usuarios en su totalidad.

#### *Elaboración de manuales de uso del aplicativo*

A partir de la experiencia de los psicólogos usuarios del sistema se realizó dentro del manual de entrenamiento explicaciones del acceso, herramienta, manejo de los módulos y comunicación de dudas vía correo electrónico.

### **8.7.5. Fase 5: Implementación.**

#### *Coordinaciones*

En el caso de los participantes de la Región Callao se empezó la implementación en el mes de Julio del año 2017. Los profesionales de psicología participantes de Lima Metropolitana iniciaron la implementación en el mes de Noviembre del 2017. Esta diferencia en el inicio de la implementación surgió a partir de la reestructuración organizativa de las redes de salud asistencial que estaba sufriendo Lima Metropolitana por parte del sistema público de salud liderado por el Ministerio de Salud. Se tomaron las medidas para que todos tengan acceso a internet y computadora de acuerdo a las especificaciones técnicas de operatividad que se necesitan para la ejecución del aplicativo virtual. En el caso de la modalidad presencial se percató que sea un lugar accesible geográficamente a todos los participantes.

#### *Inducción*

Se les envió a los participantes las indicaciones preliminares mediante correo electrónico. Se realizó una sesión de inducción de entrenamiento virtual la cual consistirá en explicar los procedimientos de acceso y de uso de las herramientas informáticas. En el caso del entrenamiento presencial se les convocó para que conozcan el syllabus y los contenidos temáticos.

### *Implementación*

La aplicación de las 5 sesiones de entrenamiento tanto presencial como virtual en el Callao se realizó durante los meses de Julio y Agosto del 2017. En el caso de Lima Metropolitana este fue realizado durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2017. Para el Callao se contó con 40 participantes divididos en dos grupos (Control: 20 y Experimental: 20) de investigación. En Lima Metropolitana los participantes fueron 40 divididos en dos grupos (Control: 20 y Experimental: 20).

### *Seguimiento*

A todos los profesionales se les envió mediante correo electrónico y mensaje de texto (SMS) avisos de recordatorio de inicio de sesión de acuerdo a la semana.

Las coordinaciones con las autoridades de salud se mantuvieron de tal forma que se tenga un canal de comunicación constante para conocer la información de cambios institucionales que puedan afectar la implementación. También dar reportes por sesión de lo acontecido en el entrenamiento como fue el caso de los cambios directivos y organizativos de las DIRIS Lima Sur y Lima Este.

#### **8.7.6. Fase 6: Línea Final.**

Evaluación mediante las pruebas de conocimiento (ANEXO 5) y satisfacción (ANEXO 4) un mes después de terminar las 5 sesiones de intervención de manera virtual y presencial. En la intervención virtual esta evaluación se resolvió mediante un módulo de evaluación. En el caso de la intervención presencial fue mediante papel para marcar. Para los participantes de la DIRESA Callao esta etapa se realizó en el

mes de setiembre del 2017 y en el caso de Lima Metropolitana en el mes de Enero del 2018.

#### **8.7.7. Fase 7: Plan de Análisis de Datos.**

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico de código abierto “R”. Para el análisis diferencias entre el grupo de intervención y control de las características sociodemográficas de los profesionales entrenados, se usó el **JJ CUADRADO** para las variables nominales y la prueba T para variables continuas. El potencial impacto en el conocimiento del tratamiento de activación conductual para la depresión del entrenamiento virtual frente al entrenamiento presencial fue medido con la prueba T en la línea inicial y final de evaluación. Como se observó que existían diferencias significativas ( $p > 0.05$ ) entre el grupo de intervención y control en la línea inicial de evaluación de conocimientos se procedió a aplicar la prueba T incluyendo los deltas en la diferencia entre la evaluación final e inicial. Para estas evaluaciones se realizaron pruebas de normalidad.

## **8.8. Consideraciones Éticas**

El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Así mismo, fue aprobado por los comités de ética de las distintas direcciones de salud según territorio: DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Este y DIRESA Callao. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. La confidencialidad de los datos se aplicó mediante la asignación de un código personal.

## **9. Resultados**

### **9.1. Selección y participación de psicólogos para el entrenamiento**

De los 146 profesionales psicólogos trabajadores de centros de salud de primer nivel de Lima y Callao, 80 firmaron el consentimiento informado luego de haberles comunicado los procedimientos y objetivos de la investigación en los talleres que se realizó en ambas regiones. Se excluyeron 66 participantes en total de los cuales 11 no cumplían los criterios de inclusión ya que tenían solo bachiller en psicología (n=2) o conocían sobre activación conductual (n=9), 50 profesionales no acudieron a los talleres mencionados y 5 no volvieron a participar en la sesión de registro posterior declinando su participación.

En total fueron aleatorizados 80 psicólogos y psicólogas de Lima y Callao en un grupo de intervención virtual (n=40) y un grupo control presencial (n=40). La totalidad de los asignados completaron la línea de base que consistía en la ficha sociodemográfica que se auto administraban, el cuestionario sobre informática y uso de computadora, y el cuestionario de conocimientos sobre activación conductual. Durante el desarrollo de las 5 sesiones de entrenamiento tanto presencial como virtual se fueron perdiendo algunos participantes. En el caso del grupo de intervención virtual se perdieron 7 profesionales de los cuales 5 refirieron que no deseaban realizar el entrenamiento en esta modalidad luego de la primera sesión y 2 mencionaron que no tenían tiempo para poder completar las sesiones luego de la tercera sesión. Por su parte, en el grupo control presencial solo se perdió 1 participante por razones de falta de tiempo por problemas familiares. En la línea final de evaluación se aplicó el

cuestionario de conocimiento en activación conductual junto al cuestionario de satisfacción del entrenamiento. Se analizaron los datos de 31 psicólogos y psicólogas en el grupo de intervención virtual con pérdida de 2 participantes por no haber realizado las evaluaciones habiendo completado su entrenamiento. En el grupo presencial se analizaron los datos de 36 psicólogos y psicólogas con pérdida de 3 participantes que tampoco realizaron la evaluación final.

## **9.2. Características socio-demográficas de los profesionales entrenados.**

Para realizar esta descripción se ha tomado en cuenta la totalidad de participantes que llenaron la línea de base (n=80) quienes han completado la ficha sociodemográfica y el cuestionario de uso de computadora e informática como vemos en la Tabla 1 y Tabla 2. Podemos observar que el 75 % (n=60) de los participantes son mujeres con un promedio general de edad de 41.5 años. En cuanto a los grados académicos, el 82.3% (n=65) son titulados, 16.5% (n=13) con maestría y solo 1 participante es doctor. De todos ellos, solo el 33.8% (n=27) son contratados por CAS, el 41.3% (n=33) son nombrados y el 25% (n=20) de los participantes tienen una relación laboral de servicio por terceros en los centros de salud de primer nivel de atención.

En la experiencia como psicoterapeuta, más de la mitad (51.3 %, n=41) tiene más de 6 o más años de práctica clínica en psicoterapia. Por otro lado, el 33.8% (n=27) de profesionales de psicología solo realiza de 0 a 5 horas de practica psicoterapéutica a la semana, a diferencia del 23.8% (n=19) que realiza más de 20 horas semanales de

tratamiento clínico en centros de salud. La totalidad de los profesionales (n=80) prestan atenciones individuales pero solo 27.8 % (n=22) realiza terapias grupales.

Los tipos de psicoterapia que utilizan en su mayoría son Terapia Cognitivo Conductual (70%, n=56), poco más de un tercio (31.3%, n=25) realiza Terapia Conductual y 30% (n=24) aplica Terapia Sistémica Familiar. Cabe resaltar que estos tipos de intervenciones no son excluyentes siendo que un profesional puede utilizar más de un tipo de intervención clínica.

En las cuestiones relacionadas al trabajo dentro del centro de salud, se atiende a un promedio de 37 pacientes por semana siendo un aproximado de 6 pacientes por día laborable (lunes a sábado) en un turno. Cada uno de estos pacientes realiza 6.7 sesiones en su tratamiento dependiendo del tipo de problema a abordar. Cada una de las sesiones o atenciones dura 40.05 minutos en promedio. Es importante tener en cuenta que las atenciones pueden incluir evaluaciones o consultas, en cambio las sesiones de psicoterapia se refieren al tratamiento con un diagnóstico establecido. En su mayoría los grupos poblacionales que son atendidos son diversos entre niños y niñas (87.3%, n=69), adolescentes (88.6%, n=70) y adultos (93.7%, n=74). Solo en el caso de personas ancianas la atención se reduce a 65.8% (n=52).

De las condiciones de salud mental que regularmente se atiende en el área de psicología se identifica que la gran mayoría de veces son por problemas emocionales (depresión: 95% y ansiedad: 95%). Un grupo importante de atenciones están referidas a la violencia sexual, familiar o de género con un 82.5 %. Cuestiones educativas

relacionadas al aprendizaje (57.5%) o conducta en instituciones educativas (derivaciones de colegios: 71.3%) también son atendidos por los profesionales de psicología. Un aspecto que es notorio es la gran demanda por servicios de consejería (76.3%) y por dificultades en las relaciones de pareja (71.3%). Es de resaltar que en orientación sexual solo el 13.8 % de profesionales atiende estos casos.

Por último, se les preguntó si también realizaban la labor psicológica fuera del establecimiento de salud respondiendo más de la mitad (61.3%, n=49) que sí lo realiza, de los cuales el 76.5% (n=39) lo realiza de manera independiente y el 23.6% (n=12) en otra institución (clínica, colegio, empresa, etc.).

En casi todas las características se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas con un p menor a 0.05 entre los grupos de entrenamiento presencial y virtual. Solamente en la característica de proporcionar terapia de pareja se observó una diferencia entre los grupos con una significancia estadística de  $p=0.038$ .

### **9.3. Informática y uso de computadora en psicólogos entrenados.**

Se aplicó a los participantes una ficha de preguntas para conocer su acercamiento a las plataformas o herramientas tecnológicas como vemos en la Tabla 2. Tenemos como resultado que solo el 58.8% (n=47) de psicólogos tiene computadora en su consultorio. En contraste a ello, la mayoría de los profesionales tiene computadora en su hogar siendo el 92.5% (n=74). Por la parte de conectividad, poco más de la mitad (56.3%, n=45) de los profesionales tiene acceso a internet en su consultorio. Sin

embargo, el 90% (n=72) usa un celular táctil o inteligente - Smartphone en su vida diaria. Un dato relevante es que el 73.8% (n=59) ya ha tenido una experiencia con los cursos virtuales de diversa índole e institución. De estos profesionales que tienen experiencia en cursos virtuales, el 38.6% (n=22) ha llevado el curso virtual realizado por el Ministerio de salud a los equipos de los centros de salud llamado PROFAM. El 15.5% (n=10) ha tenido experiencia con los cursos virtuales realizados desde la plataforma de DEVIDA y 12.3% (n=7) con cursos relacionados a salud mental en instituciones privadas. Ninguna de estas características presenta diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de entrenamiento virtual y presencial.

#### **9.4. Conocimiento de Activación Conductual en profesionales entrenados**

Para evaluar a los participantes se aplicó un cuestionario de 50 preguntas de respuesta múltiple que fue diseñado basado en el manual de entrenamiento en activación conductual para el tratamiento de la depresión diseñado para esta investigación (Tabla 3). El puntaje máximo era de 50 puntos y el mínimo era de 0 puntos. En la evaluación de línea de base se aplicó este cuestionario a los 80 profesionales divididos en 40 participantes en entrenamiento virtual y 40 participantes en entrenamiento presencial. El promedio del puntaje total de ambos grupos fue de 19.8 con una desviación estándar de  $\pm 5.49$ . En el caso del grupo virtual el promedio de puntajes fue de 21.4 con desviación estándar de  $\pm 5.45$ . Por su parte, los profesionales entrenados en modalidad presencial tenían un puntaje de 18.3 con desviación estándar de  $\pm 5.14$ . Se realizaron pruebas de normalidad para cada grupo encontrándose una distribución

normal. Al realizar el análisis de diferencia de medias entre ambos grupos a través de t de student se encontró que existía diferencia significativa con un p menor a 0.05 ( $p=0.011$ ).

Este mismo cuestionario fue aplicado posteriormente en la evaluación final un mes después del termino de ambos tipos de entrenamientos. En esta línea final participaron 67 psicólogos y psicólogas contando en el grupo de entrenamiento virtual con 31 participantes y en el grupo de entrenamiento presencial con 36, habiendo una pérdida de 13 personas. El promedio de puntajes totales sumando ambos grupos fue de 31.4 con una desviación estándar de  $\pm 9.78$ . En el caso de los entrenados virtualmente su promedio fue de 35.8 con una desviación estándar de  $\pm 9.65$ . El promedio del puntaje de los entrenados presencialmente fue de 27.6 con una desviación estándar de  $\pm 8.25$ . Se realizó el análisis de medias con t student entre el grupo de intervención y control resultando estadísticamente significativo con un p menor a 0.05 ( $p=0.000$ ) (Figura 2).

A continuación, se analizó los promedios de la diferencia entre ambos grupos usando t de student considerando deltas. El promedio de las diferencia con 31 casos entrenados virtualmente fue de 14.4 (IC95% [10.89-17.88]), el promedio de los 36 controles con entrenamiento presencial seleccionados fue de 9.1 (IC95% [6.21-12.01]) obteniendo un promedio total de los puntajes de los participantes de 11.5 (IC95% [9.27-13.83]). Aplicando la diferencia en ambos grupos se encontró que los participantes del grupo virtual obtenían 5.3 puntos (IC95% [9.69-0.86]) más que el

resultado logrado por los participantes del grupo de entrenamiento presencial, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $t=2.38$ ,  $p=0.01$ ) (Tabla 3).

### **9.5. Satisfacción del entrenamiento de los psicólogos.**

Al terminar las sesiones de entrenamiento de ambos grupos virtual y presencial se aplicó el cuestionario de satisfacción del entrenamiento pudiendo contestarla 62 profesionales, 26 en el grupo virtual y 36 en el grupo presencial (Tabla 4). Esta evaluación conto con 8 preguntas para los dos grupos que tenían 4 opciones de respuestas ordinales de tipo Likert (nada/muy mala, poco/mala, mucho/buena, totalmente/muy buena) todas referidas al entorno de entrenamiento y las herramientas brindadas. En el caso de la pregunta 8 si bien el objetivo fue el mismo, la pregunta iba dirigida a la satisfacción con la interfaz de relacionamiento en cada caso, para el entrenamiento presencial fue el entrenador y el entrenamiento virtual con la plataforma web. Se analizó las respuestas de los participantes mediante chi cuadrado de tendencia lineal para observar si las diferencias en las tendencias para cada pregunta realizada estaban asociadas al tipo de entrenamiento. Como resultado se pudo encontrar que 6 preguntas no tuvieron ninguna diferencia estadísticamente significativa que se asocie las diferencia de las respuesta con algún grupo virtual o presencial ( $p>0.05$ ).

La pregunta 1 como vemos en la figura 3 que mencionaba si “las sesiones realizadas sirvieron para el entrenamiento”, en el grupo virtual 76.9% ( $n= 20$ ) contestaron “mucho” y los restantes 23.1% ( $n=6$ ) “totalmente”. En el grupo presencial 55.6% ( $n=20$ ) marcaron “mucho”, 25% ( $n=9$ ) “totalmente” y un 19.4% ( $n=7$ ) “algo”. En

total 64.5% (n= 40) mencionaron que les sirvió “mucho” las sesiones, para el 14.2% (n= 15) les sirvió “totalmente” y solo un 11.3% (n=7) respondieron “algo”. No se encontró diferencia significativa entre los grupos de entrenamiento ( $p=0,245$ ).

La pregunta 2, en la figura 4, mencionaba si había “incorporación en su práctica de los aprendizajes de las sesiones”, en el grupo virtual 57.7 % (n=15) contestaron “mucho”, 15.4% (n=4) incorporaron “totalmente” lo aprendido y 26.9% (n=7) marcaron “algo”. En el grupo presencial 47.2% (n=17) incorporaron “mucho” lo que aprendieron, esa misma cantidad de participantes (47.2%, n=17) respondieron “algo”, 2.8% (n=1) contestó que fue “totalmente” y ese mismo porcentaje (2.8%, n=1) respondió “nada”. En total en ambos grupos 51.6% (n=32) incorporaron “mucho” en su práctica clínica lo aprendido, mientras que 38.7% (n=24) solo “algo”, 5 personas (8.1%) mencionaron que “totalmente” y solo 1 participante (1.6%) no incorporó lo aprendido en su práctica. Se encontró que existieron diferencias estadísticamente significativas asociadas a los grupos de entrenamiento ( $p=0.021$ ) observándose que el grupo virtual incorporó más lo aprendido en las sesiones a su práctica que los del presencial.

La pregunta 3 menciona sobre “satisfacción con la duración de las sesiones de entrenamiento” en la figura 5, en el grupo virtual se encontró que el 57.7% (n=15) estaba “muy” satisfecho, el 30.8% (n=8) “algo” y 11.5% (n=3) “totalmente”. El grupo presencial respondió que se sienten “algo” satisfechos el 44.5% (n=16), “muy” satisfecho el 38.9% (n=14), 3 personas (8.3%) “totalmente”, y la misma cantidad (8.3%, n=3) “nada” satisfechos. En general en ambos grupos el 46.9% (n=29) quedo

“muy” satisfecho, 38.7% (n=24) “algo” satisfecho, 9.6% (n=6) “totalmente” y 4.8% (n=3) “nada” satisfecho con la duración de las sesiones. Al analizar los resultados se obtuvo que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de entrenamiento respecto a las tendencias de sus respuestas ( $p=0.075$ ).

La pregunta 4 que indica sobre la “calidad del entrenamiento” graficado en la figura 6, en el grupo virtual el 65.4% (n=17) de participantes cree que es de “buena” calidad, el 19.2% (n=5) menciona que es “muy buena”, 15.4 % (n=4) respondieron que “mala”. Por su parte, en el grupo presencial se encuentra que para el 60% (n=21) de los participantes el entrenamiento es de “buena” calidad y para el 40% (n=14) es “muy buena” calidad. En total observamos que el 62.3% (n=38) piensa que es de “buena” calidad el entrenamiento recibido, 31.1 % (n=19) respondió que es “muy buena” y solo el 6.6% (n=4) es de “mala” calidad. Se encontró diferencia estadísticamente significativas ( $p=0.014$ ) dando por resultado que existe una percepción de mayor calidad en el grupo presencial que el virtual.

La pregunta 5 menciona sobre la “utilidad de las herramientas del entrenamiento” graficado en la figura 7, en el grupo virtual 61.5% (n=16) le parece de “mucho” utilidad, al 26.9% (n=7) respondieron que fue “totalmente” útil, el 11.6% (n=3) de los participantes en este entrenamiento encontraron que era “algo” útil. En el caso del grupo presencial el 69.4% (n=25) encuentra que les fue de “mucho” utilidad, para el 16.7% (n=6) respondieron “totalmente” y el 13.9% (n=5) respondieron “algo”. Complementando las respuestas de ambos grupos en total el 66.1% (n=41) escogieron “mucho”, 21% (n=13) “totalmente” y el 12.9% les pareció “algo” útil las

herramientas del entrenamiento. No se encontraron diferencias significativas estadísticamente en la tendencia de respuesta ( $p=0.399$ ).

Para la pregunta 6 que se refería a la “satisfacción con la didáctica aplicada en el entrenamiento” (figura 8). En el grupo virtual se encontró que el 57.7% ( $n=15$ ) estaba “muy” satisfecho, el 30.8% ( $n=8$ ) “algo” y el 11.5% ( $n=3$ ) “totalmente”. En el caso del grupo presencial el 75% ( $n=27$ ) participantes indicaron que estuvieron “muy” satisfechos, el 19.4% ( $n=7$ ) solo “algo” y 5.6% ( $n=2$ ) “totalmente”. En total en las respuestas de los participantes de ambos grupos encontramos que el 67.7% ( $n=42$ ) considera que fue “mucho” la satisfacción, 14.2% ( $n=15$ ) “algo” y 8.1% ( $n=5$ ) estuvieron “totalmente” satisfechos. No se encontraron diferencias significativas estadísticamente en la tendencia de respuesta ( $p=0.705$ ).

La pregunta 7 menciona sobre la “satisfacción con la retroalimentación realizada en el entrenamiento” como vemos en la figura 9, encontramos que en el grupo virtual el 61.6% ( $n=16$ ) tiene una percepción de “mucho” satisfacción, el 19.2% ( $n=5$ ) solo “algo” y el mismo porcentaje (19.2%,  $n=5$ ) indicó que está “totalmente” satisfecho. Por su parte, en el grupo presencial el 65.7% ( $n=23$ ) respondió que se encuentra “muy” satisfecho, el 20% ( $n=7$ ) solo “algo” y el 14.3% “totalmente”. En el total de participantes se observa que el 63.9% ( $n=39$ ) están “muy” satisfechos, 19.7% ( $n=12$ ) solo “algo” y 16.4% ( $n=10$ ) se encuentra “totalmente” satisfecho. Al evaluarse las tendencias de respuesta entre los grupos se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p=0.715$ ).

Finalmente, la pregunta 8 que cuestiona sobre la “satisfacción con la usabilidad de la plataforma virtual o con el entrenador” como vemos en la figura 10, se encontró que en el grupo virtual el 50% (n=13) respondieron “mucho”, el 34.6% (n=9) “totalmente” y 15.4% (n=4) solo “algo”. A su vez, en el grupo presencial el 45.7% (n=16) registró “mucho”, esta misma proporción (45.7%, n=16) respondió que se sienten “totalmente” satisfechos y un 8.6% (n=3) solo “algo”. El total de respuestas de los participantes entrenados en ambos grupos nos da que 47.5% (n=29) sienten “mucho” satisfacción, 41% (n=25) “totalmente” y el 11.5% (n=7) solo “algo”. El resultado del análisis de tendencia de las respuesta entre los grupos es que no existen diferencia significativas estadísticamente ( $p=0.299$ ).

## **10. Discusión**

La investigación evaluó el impacto que tiene el entrenamiento basado en web sobre el tratamiento de activación conductual para la depresión en profesionales psicólogos trabajadores de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana y la Región Callao. Las investigaciones antecedentes hasta el momento han dado por resultado que el entrenamiento virtual basado en web ha sido igual o mejor para el desarrollo de los conocimientos, aptitudes, competencias y satisfacción de los participantes en diferentes ámbitos de la salud y sobre todo equipos de profesionales de servicios de salud mental (33, 35, 81, 88, 89). El enfoque utilizado en esta investigación para poder realizar el entrenamiento virtual está basado en un aprendizaje multimedia mediante videos de grabaciones de voz con presentación de diapositivas diseñadas en Microsoft Power Point lo cual presenta una diferencia sustancial con otras experiencias similares como la del uso de lecturas digitalizadas en web que resultaron menos efectivas a la hora de ser comparadas con intervenciones basadas en manual de tratamiento (62, 75, 99).

Se encontró que existió una diferencia sustancial de 5 puntos en la evaluación del conocimiento del tratamiento de activación conductual entre los participantes con entrenamiento virtual en comparación con el presencial. Si bien se esperaba que en la evaluación final de satisfacción este resultado también sea mayor entre los entrenados virtualmente se encontró que la satisfacción fue similar e incluso en un caso benefició al grupo con entrenamiento presencial.

En cuanto a la aceptabilidad del estudio, todo el proceso de implementación de las intervenciones, desde la primera sesión hasta la evaluación final, se completó en un periodo relativamente largo de 5 meses. Se aplicó las dos intervenciones virtual y presencial primero con los profesionales de la región Callao en un periodo de 3 meses que incluía las 5 sesiones realizadas una por semana y la evaluación luego de un mes. En el caso de la implementación en el Lima Metropolitana esta tuvo que esperar 2 meses adicionales por la demora en los permisos correspondientes para la aplicación de la investigación. Con los profesionales de Lima el plazo de aplicación fue de 2 meses y medio ya que se realizaron solo 3 sesiones pero con un tiempo mayor por día logrando entrenar con las mismas sesiones a todos los participantes. Esta duración de entrenamientos es normal en la mayoría de investigaciones similares donde se encuentra cambios entre los grupos capacitados (88-92). Por el contrario, donde no se encontraron resultados distintos en los entrenamientos, los tiempos de capacitación eran más cortos, incluso de un solo día (100).

A pesar de todo, se logró tener un porcentaje alto de participación en los talleres informativos teniendo que excluirse 11 personas por que no cumplían con los criterios para ser parte de la muestra. En el taller informativo que se realizó antes de la aplicación de la línea de base solo pudieron asistir 96 profesionales que fueron comunicados desde sus respectivos gremios o coordinaciones de salud mental y cultura de paz. Cabe resaltar que un componente importante para la implementación del estudio fueron las coordinadoras regionales, en el caso del Callao, o red, en el caso de Lima. Al parecer muchas de las personas que no asistieron a los talleres

informativos tampoco participaban de las reuniones de coordinación que se hacían mensualmente en la región o red.

El número de profesionales fue proporcional para cada región siendo 40 participantes de Lima metropolitana y el mismo número para la región Callao. Así mismo, se asignó a cada grupo 20 personas en entrenamiento virtual y presencial. De los 80 psicólogos y psicólogas que participaron en el estudio, al finalizar se mantuvieron hasta la línea final de evaluación 67 profesionales, contando con 31 participantes en el entrenamiento virtual con un 77.5% de permanencia y 36 en con entrenamiento presencial con un 90% de permanencia. Se esperaba que la tasa de perdida en el seguimiento sea de 10% sobre todo en el grupo de entrenamiento virtual, sin embargo, este número fue superado pero coincidiendo con otros estudios realizados donde el número de participantes que abandonaron estudios similares fue similar (96-98). Se observó que la mayoría de personas que se perdieron fueron del grupo de entrenamiento virtual con 7 psicólogos durante el desarrollo de las sesiones y 2 en la evaluación final. 5 de estos psicólogos adujeron su salida porque no deseaban realizar las sesiones virtuales ya que consideraban que no estaban capacitados para el manejo de la computadora.

Durante el periodo de entrenamiento se presentaron algunos problemas a la hora de utilizar las herramientas de la plataforma web sobre todo en la primera y segunda sesión. Se pudo resolver enviándoles y explicándoles mediante correo electrónico el uso adecuado con videos e indicaciones. Esto no fue mayor problema porque los 40 usuarios de la plataforma web pudieron completar a tiempo la evaluación inicial de

conocimientos sobre activación conductual. En algunas ocasiones al entrar a la página web del módulo de entrenamiento virtual se bloqueaba o aparecía como error. Esto fue comunicado por medio de mensaje de texto o correo electrónico al responsable de la investigación ofreciéndoles la indicación de que reinicien su conexión a internet con lo cual pudieron acceder al módulo. El tiempo de respuesta no excedía los 30 minutos con lo cual se pudo garantizar el soporte técnico continuo a los psicólogos no siendo esta una de las causas de deserción.

Los resultados encontrados indican que existe una mejora del aprendizaje de 5.3 puntos en promedio mayor entre los participantes del entrenamiento virtual. Sin embargo, debemos tener en cuenta que existe una diferencia significativa entre los grupos virtual y presencial en la evaluación de conocimiento inicial antes de realizar la intervención con lo cual pudo haberse afectado los resultados finales obtenidos. A pesar de haber realizado la aleatorización esta diferencia significativa de puntajes puede haber tenido un efecto en los aprendizajes a posterior ya que el grupo presencial que tuvo menor puntaje es probable que haya alcanzado su máximo rendimiento antes que el virtual y el virtual haber tenido un límite de rendimiento mayor afectando la comparación de medias. No obstante, el análisis realizado mediante la toma de deltas debemos tomar en cuenta las diferencias de aprendizajes que ya tienen los grupos intervenidos inicialmente.

El contexto pudo haber sido uno de los factores que afecto en la toma de evaluación inicial del tipo presencial ya que al realizarse en un lugar y hora específica con tiempo determinado algunos de los participantes llegaron tarde y también sintieron la

presión para resolver todas las preguntas. A diferencia del grupo de intervención virtual que tuvieron una semana para poder realizar su prueba inicial pudiendo resolverla de acuerdo a sus horarios y condiciones pero con el mismo periodo de tiempo de resolución de dos horas. La influencia del contexto como también de la organización del tiempo en la evaluación en otras investigaciones también derivó en impactos a los resultados, sea con factores externos de tipo institucional, cultural o contextual (88, 92). Sin embargo, todo ello se pudo superar con el análisis de diferencias de medias considerando los deltas.

Un punto importante a tener en cuenta en las respuestas de la evaluación inicial de conocimiento es que ambos grupos tuvieron en promedio de 19.8 en el puntaje a pesar de que hayan referido no conocer la terapia de estimación conductual. Si observamos que el 70% de los profesionales de psicología que participaron en la investigación utilizan la terapia cognitivo conductual, 31.3% la terapia conductual y 20% la terapia cognitiva, no habiendo diferencias significativas entre los grupos presencial y virtual en este factor. Podemos decir que estos tipos de terapia al estar relacionadas a nivel conceptual, teórico e histórico (28, 34, 97) con la terapia de activación conductual, los psicólogos participantes pudieron haber acertado en algunas preguntas. A sí mismo, hay que considerar que existe una alta tasa de atenciones a usuarios con problemas de ansiedad (95%) y depresión (95%) lo cual nos puede referir que ya muchos aplicaban algunos conceptos y principios generales en estos tipos de tratamientos con alta frecuencia. Esto también pudo contribuir a su puntaje total inicial.

Por otro lado, el uso de computadora fue un recurso que los profesionales observaron como un reto ya que un grupo de personas dejó de participar del entrenamiento virtual porque no se sentían capaces de manejar este entorno. Al observar que poco más de la mitad de psicólogos tiene acceso a una computadora con internet en el consultorio (56.3%), tienen una alta demanda de pacientes en sus consultorios (37 pacientes a la semana), el 61.3% proporciona consulta privada y el 92.5% de participantes tiene una computadora en casa, encontramos que su tiempo para desarrollar actividades de capacitación es muy reducido. Buena parte de ellos utilizaban el tiempo fuera de su horario de trabajo para realizar el entrenamiento virtual, posiblemente por las noches cuando llegaban a casa o en sus momentos libres ya que ninguno utilizó el celular para entrar al módulo virtual. Esta situación es común a la hora de realizar entrenamientos virtuales encontrándose que el factor de las condiciones laborales puede afectar en el aprendizaje de los profesionales de la salud (88). Similar contexto ocurrió en investigaciones donde médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud por su alta carga laboral dispusieron de poco tiempo asignado para el entrenamiento de por lo cual dejaban de participar o simplemente sus puntajes eran bajos impactando directamente con el aprendizaje (89, 90). No obstante, los resultados en esta ocasión fueron inversos a lo que se pudo esperar según estos antecedentes ya que además de encontrarse con un mayor puntaje promedio del grupo con entrenamiento virtual, la satisfacción fue similar en ambos grupos en la investigación. En el caso del entrenamiento presencial se dieron todas las condiciones para que puedan asistir mediante permisos de todo el día para la participación en las sesiones de entrenamiento presencial. Si bien este factor

institucional de acuerdo a las condiciones laborales es importante debiendo asignar horarios específicos de entrenamiento con los equipos necesarios tanto virtual como presencialmente, es relevante conocer que incluso en este contexto desfavorable la herramienta virtual tuvo mejores resultados.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes (73.8%) ya tenía cierta experiencia con cursos virtuales con lo cual podría adecuarse a un perfil acorde a este tipo de entrenamientos. Se realizó un taller de usabilidad e inducción donde se explicó el uso de las herramientas virtuales y los procedimientos generales, se comentó las dificultades que se podrían tener y como solucionarlas. En la investigación realizada se tomaron en cuenta la experiencia previa con la tecnología o computadora ya que en otros estudios encontraron que una de las diferencias sustanciales entre los entrenamientos por computadora es que ponen mucho esfuerzo a adecuar los contenidos y el entorno al usuario lo cual hace que sea más fácil aprender y manejar por el usuario afectando la comparación final (108). Sin embargo, estas cuestiones pueden ser absueltas teniendo en cuenta que no hubo diferencia significativa entre los grupos de entrenamiento en la experiencia previa con tecnología e informática, además, que los contenidos en ambos casos fueron presentados de manera similar ya que se contaba con el mismo expositor en el mismo tiempo de duración de las sesión y con las mismas diapositivas. Otro elemento importante es que se les entregó el manual de entrenamiento impreso a todos los participantes con lo cual tenían la misma información sobre el tratamiento en una guía. A diferencia de las investigaciones que refiere el estudio realizado por Fletcher-

Flinn donde hicieron un meta-análisis de 120 estudios que tenían asistencia por computadora hasta el año 1994, muchos de esas intervenciones solo compararon un entrenamiento virtual basado en computadora con un entrenamiento presencial o la entrega de manual pero sin determinar que la información recibida para los participantes sea común para todos con lo cual sus impactos pueden ser diferentes (108). Los resultados cambian cuando la entrega de manual es para todos los participantes como lo demuestra el estudio realizado por Miller demostrando que el manual es un material indispensable a la hora de fijar parámetros mínimos de aprendizaje en psicoterapia (62).

Al momento de preguntar sobre los cursos virtuales el 54% de los participantes refirió que había tenido experiencia de esta modalidad con capacitaciones del Estado por medio del Ministerio de salud con el PROFAM (programa nacional de salud familiar y comunitaria) y DEVIDA. Si bien en el caso del curso implementado por el Ministerio de salud las capacitaciones se hacían grupales y tenían beneficio económico asignado, era una experiencia valiosa para el manejo de herramientas informáticas siendo en algunos casos su único acercamiento a este tipo de plataformas. Adicionalmente, es importante rescatar que estos programas fueron realizados en la misma plataforma virtual MODDLE que el entrenamiento virtual de este estudio.

Un aspecto importante de los resultados obtenidos es que encontramos diferencias en la retención de conocimientos psicoterapéuticos al entrenar en este tema a diversos profesionales de salud no psicólogos (101). En el entrenamiento de psicoterapia en

general se ha encontrado que existen diferencias entre el nivel de conocimiento adquirido y las habilidades desarrolladas (106). Por ello, más allá de las técnicas psicoterapéuticas aprendidas en las capacitaciones o entrenamientos en la atención primaria los psicólogos tienen una formación previa de la cual hacen parte para desarrollar sus procedimientos de intervención. Se encuentra por ello una diferencia sustancial en los estudios entre conocimientos y habilidades prácticas porque estas últimas están formadas con anterioridad desde la universidad o incluso tienen que ver con perspectivas y valores personales.

Además, el entrenamiento virtual de psicoterapias necesita de otro tipo de conocimientos previos que tienen únicamente los psicólogos ya que sus herramientas principales son las técnicas interpersonales que pueden establecer entre el paciente sobre todo con depresión. A diferencia de otros profesionales de salud donde la relación con el paciente es más distante y se usa menos el lenguaje solo dando diagnósticos y tratamientos mediante exámenes biológicos. Los psicólogos necesitan de otro tipo de habilidades a desarrollar más allá del conocimiento de algunas técnicas, fichas o herramientas de evaluación.

Más allá de las posibilidades de aprendizaje de psicoterapias por otros profesionales no psicólogos es imprescindible tener en cuenta que el trabajo realizado en un contexto de atención primaria con pacientes que padecen depresión tiene que ser a partir de un abordaje interdisciplinario (24). Entender que el trabajo realizado en la atención en el primer nivel se basa sobre todo en la comunidad estableciendo como uno de los pilares el trabajo psicoterapéutico pero en función a lo realizado con las

familia y comunidad tal como ya está desarrollándose en los centros de salud mental comunitario que son parte de la reforma del sistema público de salud (44).

El segundo objetivo importante de este estudio ha sido la comparación de la satisfacción entre los participantes del entrenamiento virtual y el presencial. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de entrenamiento en cuanto a la satisfacción de la utilidad las sesiones de entrenamiento, duración de las sesiones, utilidad de las herramientas de entrenamiento, didáctica aplicada, retroalimentación realizada y la interacción con la plataforma o el entrenador. De todos estos aspectos en los casos de la utilidad del entrenamiento, utilidad de las herramientas, la didáctica aplicada y la retroalimentación, el 60% de los participantes totales estuvieron “muy” satisfechos. En el caso de la interacción con la plataforma virtual y el entrenador se observó que el mayor porcentaje (41%) de participantes marcaron “totalmente” satisfecho. Solamente en el caso de la satisfacción con la duración de las sesiones los participantes respondieron en su mayoría “algo” o “nada” satisfechos. Como observamos muchos de los participantes salieron satisfechos de ambos tipos de entrenamientos en diversos aspectos pero les pareció muy corto el curso con sus 5 sesiones. A su vez, es resaltante saber que tanto la interacción con el entrenador de manera presencial como el modulo virtual fueron los que más satisfacción generaron de todos los aspectos no habiendo diferencia entre ellos. Con lo cual el diseño e información que se realizaron para ambos entrenamientos son similares para el mejor aprendizaje de los participantes.

Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en la satisfacción en el aspecto de incorporación de lo aprendido a la práctica clínica y la calidad de las sesiones. De un lado, en la incorporación de la práctica clínica la diferencia se encuentra en un mayor porcentaje (73.1%) de participantes en entrenamiento virtual que registraron “mucho” o “totalmente” a diferencia de solo el 50% que dice lo mismo en los presenciales. De otro lado, en la calidad del entrenamiento, el 100% de los participantes de la modalidad presencial dicen que es “buena” o “muy buena”, mientras que en la modalidad virtual solo lo indican estas mismas respuestas el 74.6% de los participantes en esta modalidad. Esta distinción entre ambas dimensiones de satisfacción en los grupos de entrenamiento puede estar relacionada con factores propios de la experiencia entre el usuario y la tecnología. El contraste entre la percepción de calidad baja en el entrenamiento virtual y la alta satisfacción percibida en los otros aspectos, se puede deber a cuestiones culturales de experiencia subjetiva con la plataforma virtual. Muchos de los psicólogos dejaron de participar por percibirse poco capacitados para el uso de la tecnología, incluso los que siguieron participando manifestaron sus dudas sobre esta modalidad. Este componente se puede asociar a la sensación de desconfianza propia de la inexperiencia con este nuevo tipo de entrenamientos. Este hallazgo se ha encontrado en otros estudios sobre todo en Asia (92) donde la tecnofobia resultaba una barrera a superar en la supervisión por SKYPE para los psicoterapeutas. Muchas veces se percibe de mayor calidad un ambiente presencial donde se pueda interactuar directamente con el entrenador de tal forma que puedan preguntarle en vivo. Sin embargo, incluso en el grupo presencial esta situación no pasaba. Se considera que esta diferencia en la calidad tiene más que

ver con una desconfianza hacia lo tecnológico junto a la costumbre de la realización de entrenamientos presenciales como talleres, conferencias y otros, ya que consiguieron a pesar de ello un mejor conocimiento de la activación conductual.

En la incorporación a la práctica clínica en el grupo de entrenamiento virtual podemos mencionar que si bien en algunas investigaciones realizadas los conocimientos adquiridos y el desarrollo de competencias para aplicar lo aprendido no estaban relacionadas (106). Encontramos que los resultados del estudio nos pueden decir lo contrario teniendo en cuenta que el mismo grupo virtual tiene mayores conocimientos y mayor incorporación a la práctica clínica. Una posible explicación es el contexto de aprendizaje de la terapia de activación conductual, ya que para el grupo presencial era un día completo donde venían exclusivamente a la capacitación no relacionándose con los pacientes, sin embargo, en el caso de los participantes virtuales estos podían ser autónomos en el horario de su aprendizaje lo cual les ayudo a aplicarlo de manera más continua.

Es importante tener en cuenta que el aprendizaje desarrollado en Terapia de Activación Conductual para el Tratamiento de la Depresión, sea en entrenamientos presencial o virtual, es una de las más eficaces intervenciones en personas con depresión moderada y leve (36) no necesitando de una compleja comprensión de conceptos o estrategias por parte del paciente como del profesional. Es importante tomar en cuenta esto para comprender el impacto a nivel poblacional que este tipo de intervenciones pueden tener sobre todo en atención primaria dado su contexto de

menor tiempo para la psicoterapia y la prevalencia de casos con depresión menor a severa.

Las limitaciones del estudio están relacionadas al control de las variables externas que conlleva realizar un diseño de ensayo aleatorizado. Si bien se realizó el control de muchas variables que en otros estudios no se habían tomado en cuenta como las condiciones socio-demográficas junto a la experiencia con tecnología y computadora, otros aspectos de la dinámica laboral específicamente de cada centro de salud no fueron explorados. Los indicadores de salud que se establecen desde el Estado para todos los centros de atención primaria a partir de los diversos programas que se ejecutan hace que el trabajo del psicólogo dentro del establecimiento no sea solo clínico sino que implique otros tipos de intervenciones como las comunitarias o en muchos casos de gestión. Esta dinámica laboral que puede consumir tiempo y esfuerzo influye en la forma en cómo se desarrollan las actividades del profesional de psicología entre ellas la capacitación o entrenamiento adecuado. Mientras menos tiempo tenga y más actividades estén asignadas al profesional esto puede influir de manera determinante para su aprendizaje.

Otra limitación es la forma de evaluación realizada en función a conocimientos. En la literatura científica encontramos que existen diversas formas de evaluación de entrenamientos en salud, sin embargo, son muy pocas las que tienen un indicador objetivo. El conocimiento adquirido medido a través de una prueba es uno de los más precisos pero tiene la limitación de que los conocimientos en psicoterapia muchas veces son propios de la práctica clínica más que basados en conceptos, estrategias y

técnicas en aprendizajes teóricos o expositivos. La evaluación de competencias clínicas a partir de juego de roles es una de las mediciones más difundidas pero tiene el problema de que se necesitan muchos recursos, son poco escalables y necesitan de mucho tiempo con pocos expertos a disposición. Aun pudiendo realizar este tipo de evaluaciones por juego de roles esta evaluación esta mediada por el sesgo del experto en ese tipo de terapia. Así mismo, evaluar a 80 psicólogos en el ejercicio práctico de la aplicación clínica de lo aprendido no garantiza que se aplique de la misma forma en un contexto real con los pacientes.

Si bien se conoció el contexto sociodemográfico, capacitaciones anteriores sobre activación conductual y la experiencia con computadoras, no se evaluó el conocimiento, competencias y estrategias en psicoterapia o psicología clínica que tenían con anterioridad los participantes. Se trató de controlar esta variable registrando sus años de experiencia en la aplicación de psicoterapia pero no es una medición directa de esta competencia ya que puede haber aplicado por mucho tiempo de manera errada alguna psicoterapia.

## **11. Conclusiones**

El estudio sobre entrenamiento virtual en activación conductual para el tratamiento de la depresión dirigido a psicólogos de centros de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao muestra evidencia de la eficacia en la mejora significativa del aprendizaje comparando con entrenamiento presencial. Encontramos que los conocimientos mejoran significativamente por el entrenamiento virtual en un promedio de 5 puntos más que el presencial al ser evaluados luego de 30 días de entrenamientos. En promedio el entrenamiento virtual tiene un puntaje final 29% más alto respecto al puntaje de la evaluación final del grupo presencial.

La satisfacción de los participantes en general fue buena para ambos grupos en las dimensiones de utilidad de las sesiones, utilidad de las herramientas, la didáctica aplicada, retroalimentación e interacción con la plataforma virtual o entrenador, solo hubo una menor satisfacción con la duración de las sesiones. La satisfacción con la calidad del entrenamiento fue mayor entre los participantes presenciales que los virtuales, este resultado pudo deberse a la desconfianza con la tecnología que aún sienten los profesionales de salud. Sin embargo, se incorporó más a la práctica clínica lo aprendido por los psicólogos en modalidad virtual.

El diseño del módulo virtual para el entrenamiento en activación conductual fue validado con los propios profesionales de ambas regiones mediante un taller de evaluación que consistió en explicación y experimentación. No se encontró ninguna observación o cambio profundo en el diseño del módulo dado que se había tomado

los criterios de simplicidad, mayor interacción multimedia con menos texto y menor cantidad de clics para cumplir con la tarea asignada en cada sesión.

Finalmente, para futuras investigaciones es necesario relevar las limitaciones de este estudio junto a la integración con otros elementos importantes para la mejora del aprendizaje. En primer lugar, incluir el componente de supervisión constante de manera virtual y presencial de tal forma de evaluar su eficacia en ambos casos para el desarrollo de las competencias psicoterapéuticas de los psicólogos. En segundo lugar, mejorar las herramientas de evaluación para que incluyan el desarrollo de competencias de manera objetiva, con menor sesgo y que dependa menos de un solo experto. Tercero, comparar las diferentes formas de entrenamiento virtual en función a desarrollar más los aspectos interactivos y multimedia con tecnologías de la información y comunicación de última generación.

## **12. Recomendaciones**

Los resultados expresados por la presente investigación nos dan conocer algunos aspectos que tenemos que resaltar al momento de desarrollar capacidades y competencias de personal de salud especializado en salud mental en centros de salud de primer nivel de atención. Al observar las diferencias entre dos diferentes tipos de entrenamientos realizados a los psicólogos y psicólogas de Lima y Callao podemos comprobar la efectividad en la mejora del aprendizaje en el conocimiento de la terapia de activación conductual para la depresión lo cual nos permite realizar algunas recomendaciones en diferentes ámbitos.

Mejorar la accesibilidad de los servicios de salud mental a tecnologías de información y comunicación de los centros de salud de primer nivel. Tener a disposición una computadora con conexión a internet para los psicólogos y psicólogas es importante ya que es una herramienta básica para el desarrollo de sus capacidades y competencias.

Implementar programas integrados de entrenamiento virtual basados en necesidades concretas de los servicios de salud mental en los centros de salud de primer nivel de atención. Dotar a los profesionales de una plataforma virtual con entrenamientos de las principales herramientas para un aprendizaje más efectivo. Se debe contemplar el énfasis en la interactividad con contenidos simples y que sean expuestos de manera fluida mediante videos, audios y actividades que permitan la retroalimentación con el entrenador usando herramientas como correo electrónico o foros web.

Apoyar estas intervenciones con sesiones de seguimiento virtual de las terapias realizadas por el terapeuta en el mismo centro de salud. Para fortalecer el aprendizaje de los conocimientos es importante estar en constante comunicación entre los expertos y los operadores en los centros de salud para lo cual es necesario establecer sesiones de seguimiento virtual para que puedan desarrollar sus habilidades psicoterapéuticas en la aplicación constante con pacientes en los propios centros de salud de primer nivel.

### 13. Referencias

1. Cassano P, Fava M. Depression and public health an overview. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53:849-857.
2. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: Una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37(1):49-53.
3. Patel V, Kleinman A. Poverty and commom mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81(8):609-615.
4. Rondon MB. Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 2006, 23(4): 237-238.
5. Ruiz-Grosso P, Miranda JJ, Gilman RH, Walker BB, Carrasco-Escobar G, Varela-Gaona M, Diez-Canseco F, Huicho L, Checkley W, Bernabe-Ortiz A, CRONICAS Cohort Study Group, Spatial distribution of individuals with symptoms of depression in a periurban area in Lima: an example from Peru, *Annals of Epidemiology* (2015), doi: 10.1016/j.annepidem.2015.11.002.
6. Tamayo JM, Rosales-Barrera JI, Villaseñor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*. 2011; 34:267-273.
7. Mussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*. 2007; 370.
8. Diez-Canseco F, Ipenca, A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verastegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades

- crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(1): 131-6.
9. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(1):30-8.
  10. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(4/5):229-40.
  11. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*. 2004; 46(5):417-424.
  12. Wagner FA, González-Fortaleza C, Sanchez-Garcia S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012; 35: 3-11.
  13. MacLaughlin KA. The public health impact of major depression: A call for interdisciplinary prevention efforts. *Prev Sci*. 2011; 12:361-371.
  14. Rost K. Disability from depression: The public health challenge to primary care. *Nord J Psychiatry*. 2009; 63: 17-21.
  15. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28: 131-161.

16. Duhoux A, Fournier L, Gauvin L, Roberge P. What is the association between quality of treatment for depression and patient outcomes? A cohort study of adults consulting in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151: 165-274.
17. Siskind D, Araya R, Kim J. Cost-effectiveness of improved primary care treatment of depression in women in Chile. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 197: 291-296.
18. Vicente B, Kohn R, Saldiva S, Rioseco P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile. *Rev Med Chile*, 2007; 135:1591-1599.
19. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex*. 2013; 55:74-80.
20. Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The depression treatment cascade in primary care: A public health perspective. *Curr Psychiatric Rep*. 2012; 14: 328-335.
21. Saavedra Castillo JE, Paz Schaeffer V, Vargas Murga H, Robles Arana Y, Pomalima Rodríguez R, Gonzales Farfán S, Zevallos Bustamante S, Luna Solís Y, Saavedra Castillo C. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*. 2013; 29(1).
22. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Lavarde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(6): 378-86.
23. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica. *Cad Saúde Colet*, 2012, 20(4): 440-7.
24. Krupnick, Janice L.; Sotsky, Stuart M.; Simmens, Sam; Moyer, Janet; Elkin, Irene; Watkins, John; Pilkonis, Paul A. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health

- Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(3), Jun 1996, 532-539. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.532>
25. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revi Panam Salud Pública*. 2009; 26(2):176–83.
  26. Beidas RS, Edmunds JM, Marcus SC, Kendall PC. Training and consultation to promote implementation of an empirically supported treatment: a randomized trial. *Psychiatr Serv*. 2012; 63(7): 660-665.
  27. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE*. 9(6): e100100. Doi: 10.1371/journal.pone.0100100.
  28. Kanter JW, Puspitasari AJ, Santos MM, Nagy GA. Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*. 2012; 200:361-363 dot 10.1192/bjp.bp.111.103390.
  29. Barraca Mairal J. La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *eduPsykhé*. 2009; 8(1):23-50.
  30. Dimeff LA, Koerner K, Woodcock EA, Beadnell, B. Brown MZ, Skutch JM, et al. Which training method Works best? A randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in dialectical behavior therapy skills. *Behavior Research and Therapy*. 2009; 47: 921-930.

31. Sholomskas DE, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, Ball SA, Nuro KF, Carroll KM. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73(1): 106-115
32. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, Kohn R, Miranda CT. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurse in Panama. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108:61-65.
33. Puspitasari AJ. A randomized controlled trial an online, modular, active learning training program for behavioral activation treatment for depression. Theses and Dissertations. Paper 1017.
34. Puspitasari, A, Kanter, JW, Murphy, J, Crowe, A, Koener, K. Developing an online, modular, active learning training program for behavioral activation. *Psychotherapy.* 2013; 50(2): 256-265.
35. Hubley S, Woodcock EA, Dimeff LA, Dimidjian S. Disseminating behavioural activation for depression via online training: Preliminary steps. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2015; 43: 224-238.
36. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Guía de Práctica Clínica en Depresión y Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. 2008.
37. Herschel I AD., Kolko DJ., Baumann B L & Davis AC. The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(4): 448-466.
38. Cavalcanti MT, Carvalho MC, Valencia E, Dahl CM, Souza FM. Adaptation of critical time intervention for use in Brazil and its implementation among users of psychosocial service centers (CAPS) in the municipality of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.* 2011, 16(12):4635-42.

39. McHugh RK, Barlow DH. The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *Am Psychol*, 2010; 65(2):73-84. doi: 10.1037/a0018121
40. VandeCreek L, Knapp S, Brace K. Mandatory continuing education for licensed psychologists: Its rationale and current implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1990; 21(2): 135-140. doi: 10.1037/0735- 7028.21.2.135
41. McHugh R K, Barlow D H. Dissemination and implementation of evidence based psychological interventions: Current status and future directions. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence based psychological interventions*. 2012: 247-263. New York, NY, US: Oxford University Press.
42. Hayes S.C. Getting to dissemination: Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002; 9(4): 410-415.
43. Kendall, P. C., & Beidas, R. S. Smoothing the trail for dissemination of evidencebased practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007, 38(1), 13-20.
44. Beidas RS, Koerner K, Weingardt KR, Kendall PC. Training research: practical recommendations for maximum impact. *Adm Policy Ment Health*, 2011; 38(4): 223-237. doi: 10.1007/s10488-011-0338-z
45. Stein DM, Lambert MJ. Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *J Consult Clin Psychol*, 1995; 63(2): 182-196.
46. Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 2008; 63(3):146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146

47. Chambless DL & Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*, 1998; 66(1): 7-18.
48. Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS. Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther*, 1989; 20(2): 261-282.
49. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry*, 1994; 164(6): 759-769.
50. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 1989; 57(3): 414-419.
51. Trombello JM, South C, Cecil A, Sánchez KE, Sánchez AC, Eidelman SL, Mayes TL, Kahalnik F, Tovian C, Kennard BD, Trivedi MH. Efficacy of a Behavioral Activation Teletherapy Intervention to Treat Depression and Anxiety in Primary Care VitalSign6 Program. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;19(5): 17m02146. doi: 10.4088/PCC.17m02146.
52. Chambers DA, Ringeisen H, & Hickman EE. Federal, state, and foundation initiatives around evidence-based practices for child and adolescent mental health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005; 14(2): 307-327.
53. Beidas RS, Kendall PC. Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clin Psychol (New York)*, 2010; 17(1): 1-30. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
54. Goisman RM, Warshaw MG, Keller MB. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *Am J Psychiatry*, 1999; 156(11): 1819-1821.

55. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67(12):1265-1273. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.151
56. Whiteford HA, & Ferrari, AJ. The burdens of mental disorders in the Global Burden of Disease Study 2010 and the World Mental Health surveys: Similarities, differences, and implications for mental health research. In J. Alonso, S. Chatterji, Y. He, J. Alonso, S. Chatterji, & Y. He (Eds.), *The burdens of mental disorders: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. 2013, pp. 221-229. New York, NY, US: Cambridge University Press.
57. Kessler RC, Merikangas KR & Wang PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol*, 2007; 3: 137-158. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091444
58. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med*, 1999; 14(9): 569-580.
59. Gonzalez HM, Vega WA, Williams DR, Tarraf W, West BT, Neighbors HW. Depression care in the United States: too little for too few. *Arch Gen Psychiatry*; 2010; 67(1): 37-46. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.168
60. Teh CF, Sorbero MJ, Mihalyo MJ, Kogan JN, Schuster J, Reynolds CF, Stein BD. Predictors of adequate depression treatment among Medicaid-enrolled adults. *Health Serv Res*, 2010; 45(1): 302-315. doi: 10.1111/j.1475 6773.2009.01060.x
61. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*, 2003; 64(12): 1465-1475.

62. Miller SJ, Binder JL. The effects of manual-based training on treatment fidelity and outcome: A review of the literature on adult individual psychotherapy. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2002; 39(2):184–98.
63. Addis ME & Krasnow AD. A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(2): 331-339.
64. Weissman MM, Verdeli H, Gameroff MJ, Bledsoe SE, Betts K, Mufson, L, Wickramaratne P. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63(8): 925-934.
65. Woody SR, Weisz JR, & McLean M. Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 2005; 58(4):5-11.
66. David D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor- Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 1999; 282(9): 867- 874.
67. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 1995; 274(9): 700-705.
68. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, O'Brien MA. Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*, 2001; 39 (8,Suppl2), II-2-II-45. doi: 10.1097/00005650- 200108002-00002
69. Vakoch DA, Strupp HH. The evolution of psychotherapy training: reflections on manual-based learning and future alternatives. *J Clin Psychol*,2000; 56(3): 309-318.

70. Bein E, Anderson T, Strupp H, Henry W, Schacht T, Binder J, Butler S. The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapeutic outcome. *Psychother Res*, 2000; 10(2): 119-132. doi: 10.1080/713663669
71. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol*, 1993; 61(3): 434-440.
72. Ducharme JM, Feldman MA. Comparison of staff training strategies to promote generalized teaching skills. *J Appl Behav Anal*, 1992; 25(1): 165-179. doi: 10.1901/jaba.1992.25-165
73. Rubel EC, Sobell LC, Miller WR. Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist*, 2000; 23(4): 73-77.
74. Saitz R, Sullivan LM, Samet JH. Training Community-Based Clinicians in Screening and Brief Intervention for Substance Abuse Problems: Translating Evidence into Practice. *Subst Abus*, 2000; 21(1): 21-31. doi: 10.1080/08897070009511415
75. Rakovshik SG, McManus F. Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clin Psychol Rev*, 2010; 30(5): 496-516. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.004
76. Cook JM, Schnurr PP, Biyanova T, Coyne JC. Apples don't fall far from the tree: influences on psychotherapists' adoption and sustained use of new therapies. *Psychiatr Serv Wash DC*. mayo de 2009;60(5):671-6.
77. Berger T. Computer-based technological applications in psychotherapy training. *J Clin Psychol*. marzo de 2004;60(3):301-15.

78. Bluestone J, Johnson P, Fullerton J, Carr C, Alderman J, BonTempo J. Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. *Hum Resour Health*. el 1 de octubre de 2013;11:51.
79. Eva KW, MacDonald RD, Rodenburg D, Regehr G. Maintaining the Characteristics of Effective Clinical Teachers in Computer Assisted Learning Environments. *Adv Health Sci Educ*. el 1 de noviembre de 2000;5(3):233–46.
80. McCullough L, Bhatia M, Ulvenes P, Berggraf L, Osborn K. Learning how to rate video-recorded therapy sessions: a practical guide for trainees and advanced clinicians. *Psychotherapy*. junio de 2011;48(2):127–37.
81. Sinclair C, Holloway K, Riley G, Auret K. Online mental health resources in rural Australia: clinician perceptions of acceptability. *J Med Internet Res*. el 5 de septiembre de 2013;15(9):e193.
82. Abbass A. Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2004;28(2):151–5.
83. Alpert MC. Videotaping psychotherapy. *J Psychother Pract Res*. 1996;5(2):93–105.
84. Barnett JE. Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training, and outcomes. *Psychotherapy*. junio de 2011;48(2):103–8.
85. Bennett-Levy J, McManus F, Westling BE, Fennell M. Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behav Cogn Psychother*. octubre de 2009;37(5):571–83.
86. Canchihuaman FA, Garcia PJ, Gloyd SS, Holmes KK. An interactive internet-based continuing education course on sexually transmitted diseases for physicians and midwives in Peru. *PloS One*. 2011;6(5):e19318.

87. Cooper Z, Bailey-Straebler S, Morgan KE, O'Connor ME, Caddy C, Hamadi L, et al. Using the Internet to Train Therapists: Randomized Comparison of Two Scalable Methods. *J Med Internet Res.* el 18 de octubre de 2017; 19(10):e355.
88. Curran GM, Woo SM, Hepner KA, Lai WP, Kramer TL, Drummond KL, et al. Training Substance Use Disorder Counselors in Cognitive Behavioral Therapy for Depression: Development and Initial Exploration of an Online Training Program. *J Subst Abuse Treat.* noviembre de 2015;58:33–42.
89. de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RFP, et al. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord.* el 1 de abril de 2015;175:446–53.
90. Fairburn CG, Allen E, Bailey-Straebler S, O'Connor ME, Cooper Z. Scaling Up Psychological Treatments: A Countrywide Test of the Online Training of Therapists. *J Med Internet Res.* el 16 de junio de 2017;19(6):e214.
91. Larson MJ, Amodeo M, Locastro JS, Muroff J, Smith L, Gerstenberger E. Randomized trial of web-based training to promote counselor use of cognitive behavioral therapy skills in client sessions. *Subst Abuse.* 2013;34(2):179–87.
92. Fishkin R, Fishkin L, Leli U, Katz B, Snyder E. Psychodynamic treatment, training, and supervision using internet-based technologies. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2011;39(1):155–68.
93. Harned MS, Dimeff LA, Woodcock EA, Kelly T, Zavertrnik J, Contreras I, et al. Exposing clinicians to exposure: a randomized controlled dissemination trial of exposure therapy for anxiety disorders. *Behav Ther.* noviembre de 2014;45(6):731–44.

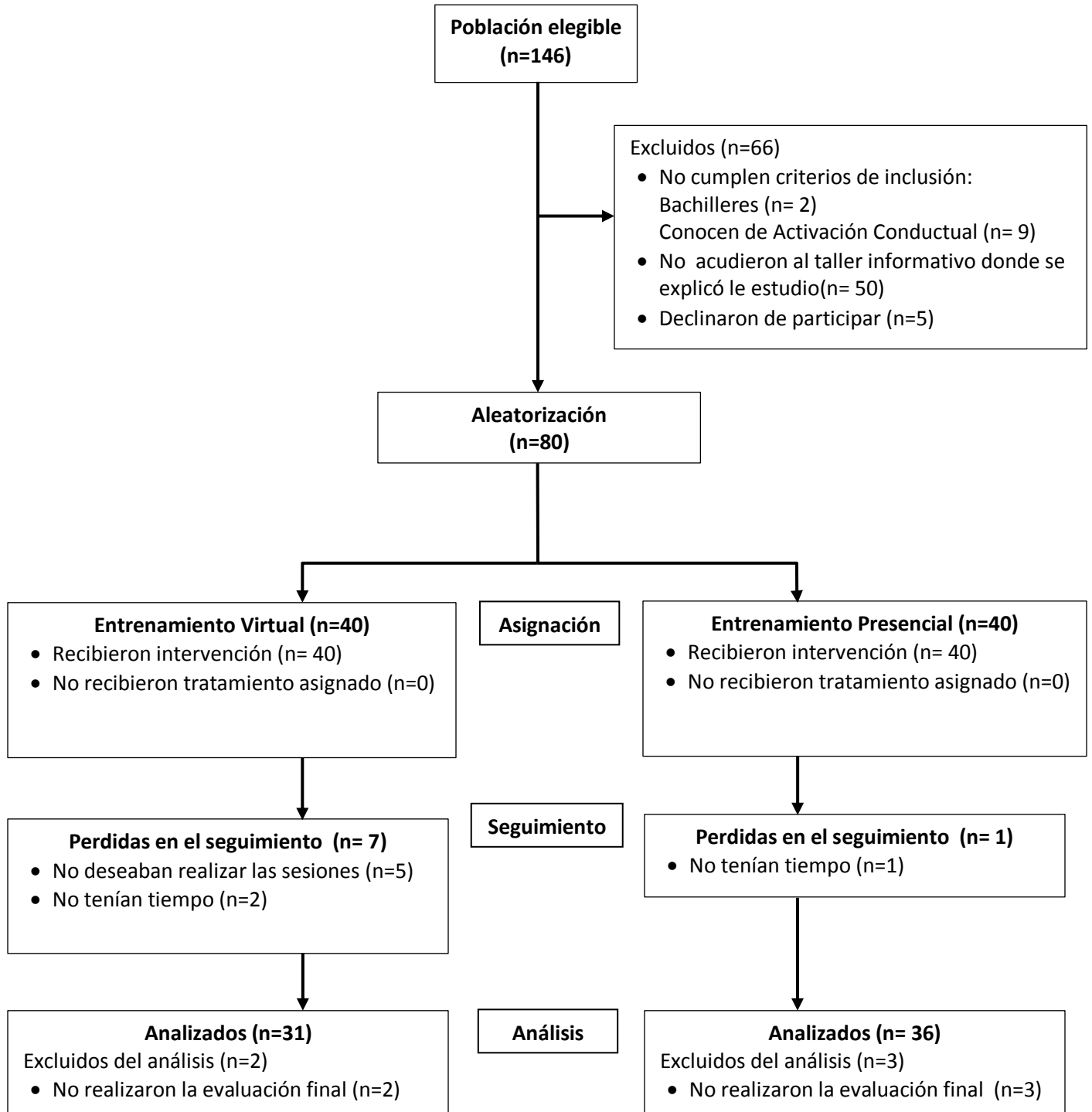
94. Heck NC, Saunders BE, Smith DW. Web-Based Training for an Evidence-Supported Treatment: Training Completion and Knowledge Acquisition in a Global Sample of Learners. *Child Maltreat.* agosto de 2015;20(3):183–92.
95. Helgadottir FD, Fairburn CG. Web-centred training in psychological treatments: a study of therapist preferences. *Behav Res Ther.* enero de 2014;52:61–3.
96. Robinson T, Hills D, Kelly B. The evaluation of an online orientation to rural mental health practice in Australia. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* septiembre de 2011;18(7):629–36.
97. Kanter JW, Tsai M, Holman G, Koerner K. Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy.* junio de 2013;50(2):248–55.
98. Rees CS, Gillam D. Training in cognitive-behavioural therapy for mental health professionals: a pilot study of videoconferencing. *J Telemed Telecare.* 2001; 7(5):300–3.
99. Rakovshik SG, McManus F, Vazquez-Montes M, Muse K, Ougrin D. Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(3):191–9.
100. Weingardt KR, Villafranca SW, Levin C. Technology-based training in cognitive behavioral therapy for substance abuse counselors. *Subst Abuse.* septiembre de 2006;27(3):19–25.
101. Samuelson KW, Koenig CJ, McCamish N, Choucroun G, Tarasovsky G, Bertenthal D, et al. Web-based PTSD training for primary care providers: a pilot study. *Psychol Serv.* mayo de 2014;11(2):153–61.

102. Stein BD, Celedonia KL, Swartz HA, DeRosier ME, Sorbero MJ, Brindley RA, et al. Implementing a Web-Based Intervention to Train Community Clinicians in an Evidence-Based Psychotherapy: A Pilot Study. *Psychiatr Serv Wash DC*. septiembre de 2015;66(9):988–91.
103. Abbass A, Arthey S, Elliott J, Fedak T, Nowoweiski D, Markovski J, et al. Web-conference supervision for advanced psychotherapy training: a practical guide. *Psychotherapy*. junio de 2011;48(2):109–18.
104. Neukrug ES. Computer-Assisted Live Supervision in Counselor Skills Training. *Couns Educ Superv*. el 1 de diciembre de 1991;31(2):132–8.
105. Caspar F. Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: introduction. *J Clin Psychol*. marzo de 2004;60(3):221–38.
106. Chu BC, Carpenter AL, Wyszynski CM, Conklin PH, Comer JS. Scalable Options for Extended Skill Building Following Didactic Training in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth: A Pilot Randomized Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. junio de 2017;46(3):401–10.
107. Rakovshik SG, McManus F, Vazquez-Montes M, Muse K, Ougrin D. Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(3):191–9.
108. Fletcher-Flinn CM, Gravatt B. The Efficacy of Computer Assisted Instruction (CAI): A Meta-Analysis. *J Educ Comput Res [Internet]*. el 28 de noviembre de 2016 [citado el 9 de diciembre de 2017]; Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/51D4-F6L3-JQHU-9M31?journalCode=jeca>

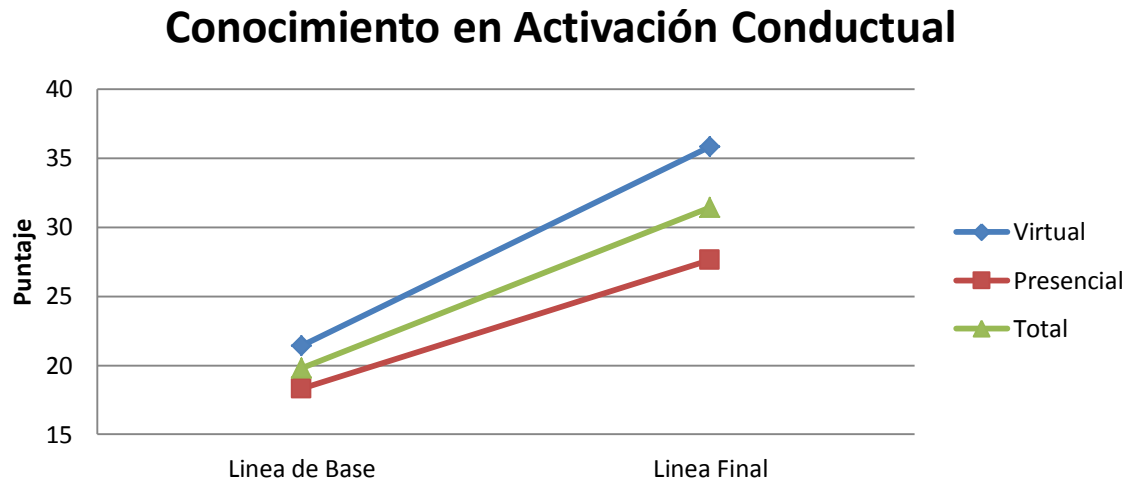
109. Rasmussen K, Belisario JM, Wark PA, Molina JA, Loong SL, Cotic Z, et al. Offline eLearning for undergraduates in health professions: A systematic review of the impact on knowledge, skills, attitudes and satisfaction. *J Glob Health*. junio de 2014;4(1):10405.
110. Sholomskas DE, Carroll KM. One Small Step for Manuals: Computer-Assisted Training in Twelve-Step Facilitation. *J Stud Alcohol*. noviembre de 2006;67(6):939–45.
111. Beutler LE, Harwood TM. Virtual reality in psychotherapy training. *J Clin Psychol*. marzo de 2004; 60(3):317–30.
112. Parsons TD, Kenny P, Ntuen CA, Pataki CS, Pato MT, Rizzo AA, et al. Objective structured clinical interview training using a virtual human patient. *Stud Health Technol Inform*. 2008;132: 357–62.
113. Toyama M, Castillo H, Galea JT, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017; 6(9):501-508. doi:10.15171/ijhpm.2017.07.

# **ANEXOS**

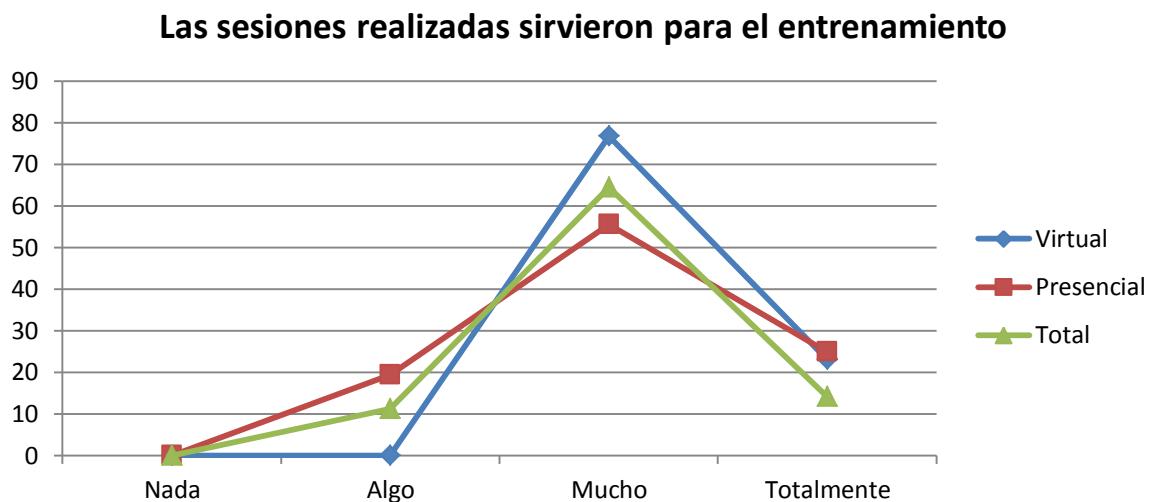
**Figura 1: Cuadro de Flujo Consort**



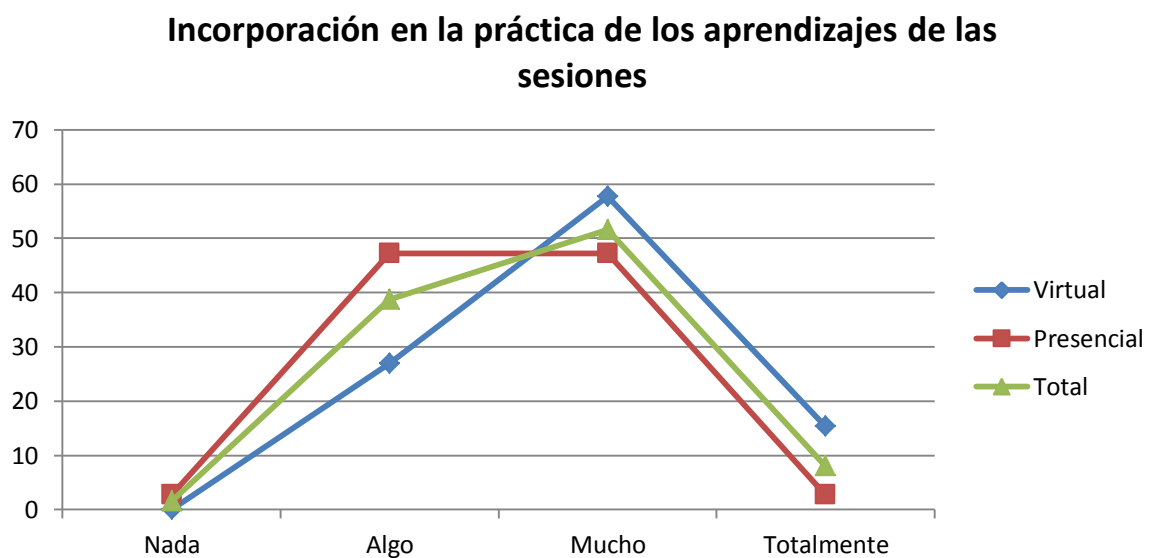
**Figura 2: Evaluación en línea inicial y línea final de conocimientos por grupo intervención y control.**



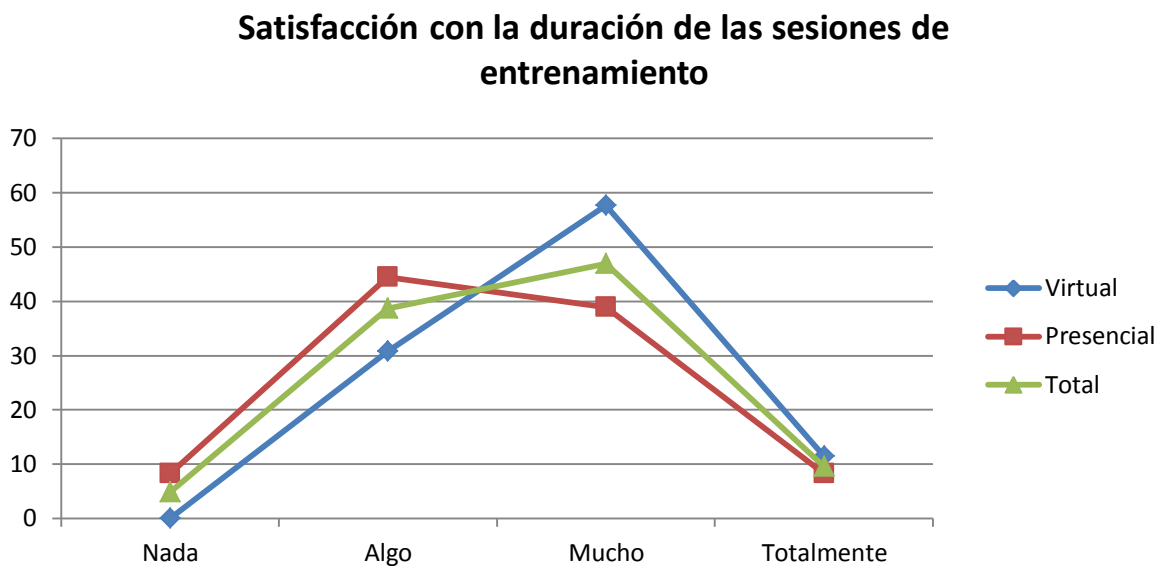
**Figura 3: Las sesiones realizadas sirvieron para el entrenamiento.**



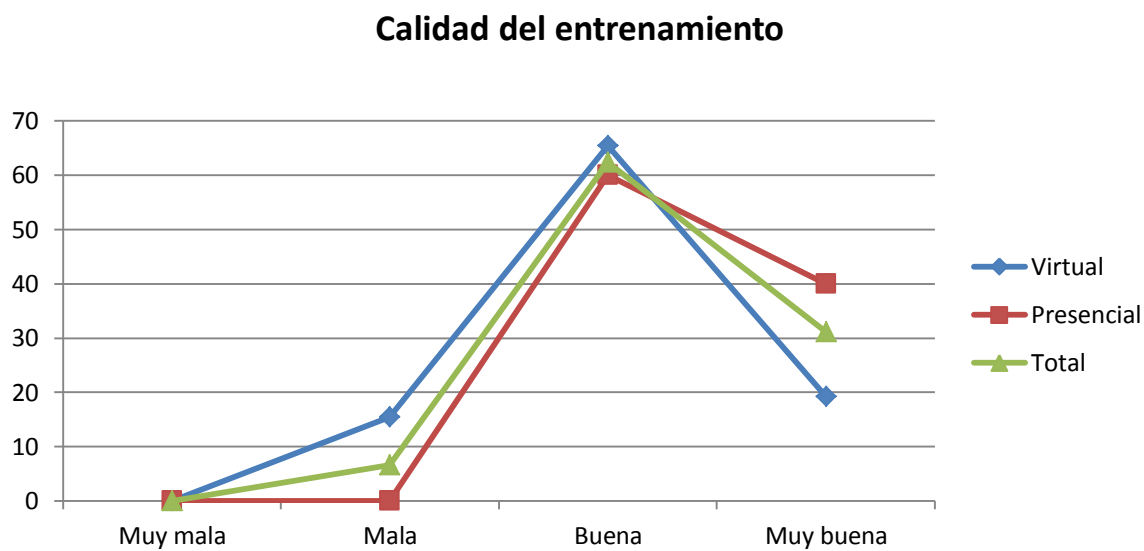
**Figura 4: Incorporación en la práctica de los aprendizajes de las sesiones.**



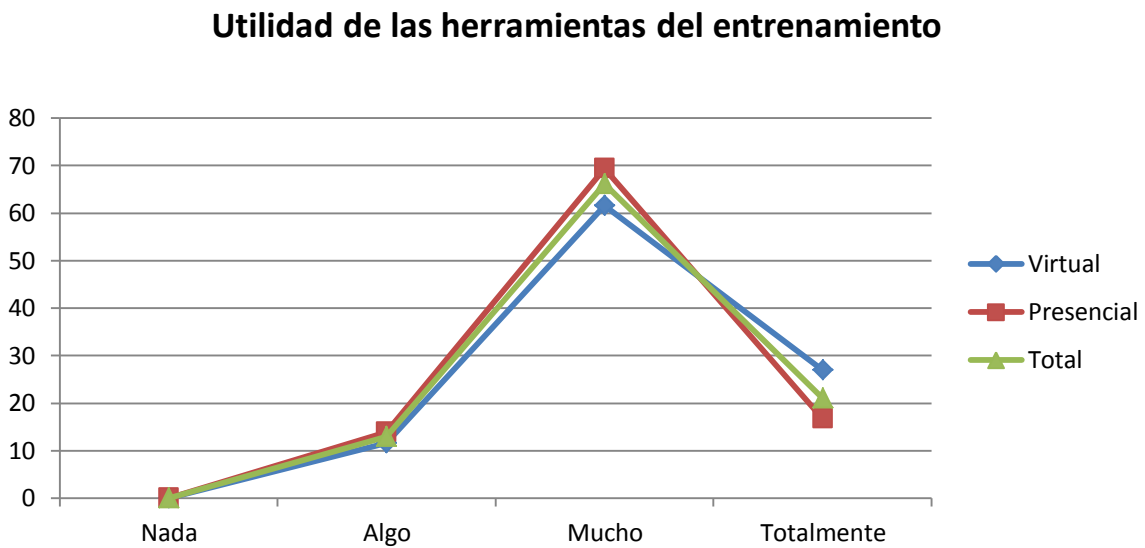
**Figura 5: Satisfacción con la duración de las sesiones de entrenamiento.**



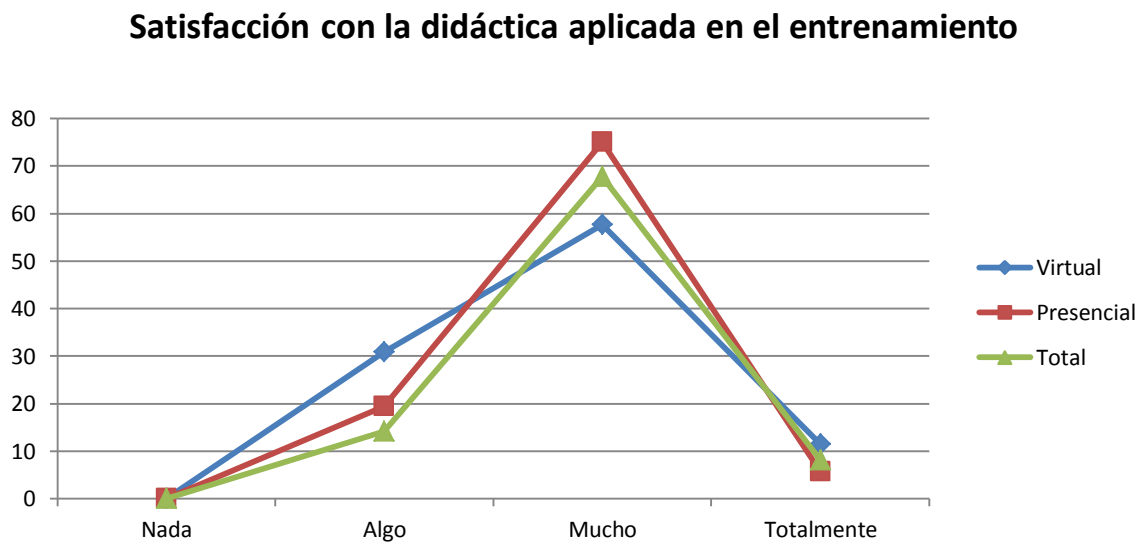
**Figura 6: Calidad del entrenamiento**



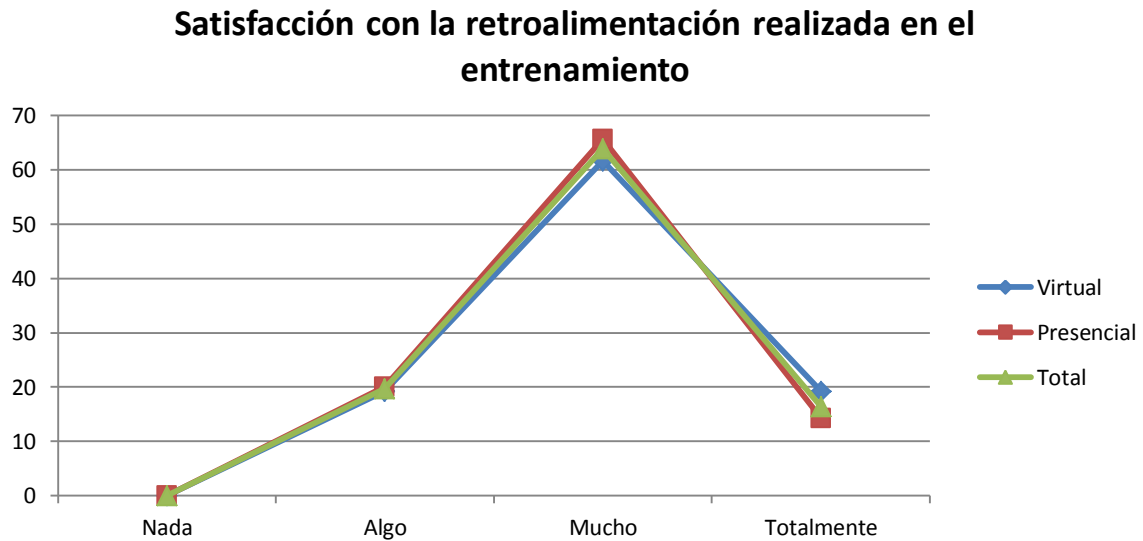
**Figura 7: Utilidad de las herramientas de entrenamiento**



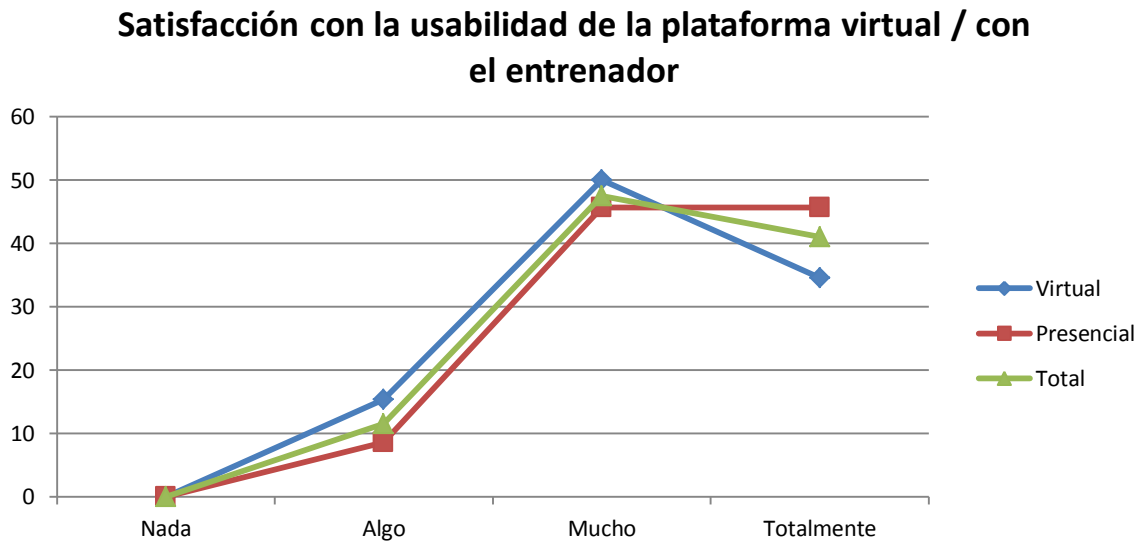
**Figura 8: Satisfacción con la didáctica aplicada en el entrenamiento**



**Figura 9: Satisfacción con la retroalimentación realizada en el entrenamiento.**



**Figura 10: Satisfacción con la usabilidad de la plataforma virtual o entrenador**



**Tabla 1: Características socio-demográficas de los psicólogos de Lima y Callao entrenados virtual y presencialmente.**

		Virtual(n=40)	Presencial (n=40)	Total (n=80)	p
		% (n) o Media ± DE			
Genero	Femenino	75 (30)	75 (30)	75 (60)	1.000
	Masculino	25 (10)	25 (10)	25 (20)	
Edad		40.1 ±8.82	42.7 ±7.81	41.5 ±8.36	0.196
Grado académico	Titulado	84.6 (33)	80 (32)	82.3 (65)	0.439
	Magister	12.8 (5)	20 (8)	16.5 (13)	
	Doctor	2.6 (1)	0	1.3 (1)	
Tipo de contrato	Nombrado	32.5 (13)	50 (20)	41.3 (33)	0.270
	CAS	37.5 (15)	30 (12)	33.8 (27)	
	Servicio por terceros	30 (12)	20 (8)	25 (20)	
Años de experiencia trabajando en psicoterapia	1-3	30(12)	30 (12)	30 (24)	0.955
	4-5	20 (8)	17.5 (7)	18.8 (15)	
	6 o mas	50 (20)	52.5 (21)	51.3 (41)	
Horas por semana que trabaja haciendo psicoterapia	0-5 horas	27.5 (11)	40 (16)	33.8 (27)	0.691
	6-10 horas	17.5 (7)	17.5 (7)	17.5 (14)	
	11-20 horas	25 (10)	25 (10)	25 (20)	
	21-30 horas	17.5 (7)	10 (4)	13.8 (11)	
	31-48 horas	12.5 (5)	7.5 (3)	10 (8)	
Tipo de tratamiento que proporciona	Individual	100 (40)	100 (40)	100 (80)	-
	Pareja	82.5 (33)	61.5 (24)	72 (57)	0.038
	Familia	72.5 (29)	69.2 (27)	70.9 (56)	0.749
	Grupo	30 (12)	25.6 (10)	27.8 (22)	0.666
Tipo de psicoterapia que brinda	Terapia cognitivo conductual	51.8 (29)	48.2 (27)	70 (56)	0.626
	Terapia conductual	25 (10)	37.5 (15)	31.3 (25)	0.228
	Terapia familiar sistémica	35 (14)	25 (10)	30 (24)	0.329
	Terapia gestalt	27.5 (11)	17.5 (7)	22.5 (18)	0.284
	Terapia cognitiva	22.5 (9)	17.5 (7)	20 (16)	0.576
	Terapia racional emotiva	17.5 (7)	17.5 (7)	17.5 (14)	1.000
	Terapia humanista	15 (6)	10 (4)	12.5 (10)	0.499
	Terapia centrada en soluciones	5 (2)	10 (4)	7.5 (6)	0.396
	Análisis transaccional	5 (2)	5 (2)	5 (4)	1.00
	Psicoanálisis	2.5 (1)	5 (2)	3.8 (3)	0.556
	Programación Neurolingüística	2.5 (1)	5 (2)	3.8 (3)	0.556
	Mindfulness	5 (2)	0	2.5 (2)	0.152
	Psicoterapia analítica funcional	2.5 (1)	0	1.3 (1)	0.314
Otra	2.5 (1)	2.5 (1)	2.5 (2)	1.000	
Grupo	Niños y niñas (0-12)	82.5 (33)	92.3 (36)	87.3 (69)	0.190
	Adolescentes	85 (34)	92.3 (36)	88.6 (70)	0.307

poblacional que atiende	(13-17)				
	Jóvenes (18-29)	82.5 (33)	87.2 (34)	84.8 (67)	0.562
	Adultos (30-65)	92.5 (37)	94.9 (37)	93.7 (74)	0.665
	Ancianos (66 o más)	62.5 (25)	69.2 (27)	65.8 (52)	0.528
Pacientes que atiende en una semana		35 ±13.65	39.2 ±16.28	37.1 ±15.06	0.209
Sesiones por paciente		7.3 ±4.07	6.6 ±3.30	7 ±3.70	0.365
Minutos de sesión o consulta		42.1 ±7.56	39.2 ±8.98	40.7 ±8.39	0.123
Proporciona consulta privada		51 (25)	48.4 (15)	61.3 (49)	0.818
Lugar de consulta privada	Independiente	70.4 (19)	83.3 (20)	76.5 (39)	0.552
	Centro psicológico	14.8 (4)	8.3 (2)	11.8 (6)	
	Otro	14.8 (4)	8.3 (2)	11.8 (6)	
Condiciones psicológicas que atendió durante el presente año	Ansiedad	97.5 (39)	92.5 (37)	95 (76)	0.305
	Depresión	97.5 (39)	92.5 (37)	95 (6)	0.305
	Violencia de género, familiar o sexual	85 (34)	80 (32)	82.5 (66)	0.556
	Consejería	77.5 (31)	75 (30)	76.3 (61)	0.793
	Dificultades en las relaciones de pareja	72.5 (29)	70 (28)	71.3 (57)	0.805
	Derivaciones de colegios	67.5 (27)	75 (30)	71.3 (57)	0.459
	Problemas de aprendizaje	57.3 (23)	57.5 (23)	57.5 (46)	1.000
	Adicciones	22.5 (9)	25 (10)	23.8 (19)	0.793
	Desordenes del sueño	20 (8)	25 (10)	22.5 (18)	0.592
	Desórdenes alimenticios	15 (6)	25 (10)	20 (16)	0.264
	Personas con habilidades diferentes	20 (8)	15 (6)	17.5 (14)	0.556
	Orientación sexual	12.5 (5)	15 (6)	13.8 (11)	0.745
	Desordenes psicóticos	15 (6)	7.5 (3)	11.3 (9)	0.288
	Desordenes somatomorfos	12.5 (5)	10 (4)	11.3 (9)	0.723
	Desorden bipolar	10 (4)	7.5 (3)	8.8 (7)	0.692
Enfermedades crónicas físicas	10 (4)	5 (2)	7.5 (6)	0.396	

**Tabla 2: Información sobre informática y uso de computadora en psicólogos en Lima y Callao.**

		<b>Virtual (n=40)</b>	<b>Presencial (n=40)</b>	<b>Total (n=80)</b>	<b>p</b>
		<b>%(n)</b>			
Tiene computadora en su consultorio		57.5 (23)	60 (24)	58.8 (47)	0.820
Tiene computadora en su domicilio		97.5 (39)	87.5 (35)	92.5 (74)	0.090
Tiene acceso a internet en su consultorio		62.5 (25)	50 (20)	56.3 (45)	0.260
Usa Smartphone		92.5 (37)	87.5 (35)	90 (72)	0.456
Ha participado de algún curso virtual mientras trabajaba en el MINSA.		77.5 (31)	70 (28)	73.8 (59)	0.446
Tipo de cursos virtuales	PROFAM – MINSA	30 (9)	48.1 (13)	38.6 (22)	0.571
	DEVIDA	16.7 (5)	18.5 (5)	15.5 (10)	
	Curso de salud mental	16.7 (5)	7.4 (2)	12.3 (7)	
	PUCP	3.3 (1)	0	1.8 (1)	
	UPCH	6.7 (2)	11.1 (3)	8.8 (5)	
	Moddle	3.3 (1)	3.7 (1)	3.5 (2)	
	Coursera	6.7 (2)	7.4 (2)	7 (4)	
	Otros	16.7 (5)	3.7 (1)	10.5 (6)	

**Tabla 3: Análisis de diferencia de conocimiento de Activación Conductual entre entrenamiento virtual y presencial.**

	Línea Base				Línea Final			
	Total (n=80)	Virtual (n=40)	Presencial (n=40)	p	Total (n=67)	Virtual (n=31)	Presencial (n=36)	p
	Media ±DE				Media ±DE			
<b>Conocimiento en terapia de activación conductual</b>	19.8 ±5.49	21.4 ±5.45	18.3 ±5.14	0.011	31.4 ±9.78	35.8 ±9.65	27.6 ±8.25	0.000

	n	Media	Error Estándar	Desviación Estándar	95% IC	t	p
<b>Virtual</b>	31	14.4	1.71	9.53	10.89 - 17.88	2.38	0.01
<b>Presencial</b>	36	9.1	1.42	8.56	6.21 - 12.01		
<b>Combinados</b>	67	11.5	1.14	9.34	9.27 - 13.83		
<b>Diferencia</b>		5.3	2.21	-	9.69 - 0.86		

**Tabla 4: Satisfacción de los psicólogos entre el entrenamiento virtual y presencial**

		<b>Virtual (n=26)</b>	<b>Presencial (n=36)</b>	<b>Total (n=62)</b>	<b>p</b>
		<b>%(n)</b>			
<b>Las sesiones realizadas sirvieron para el entrenamiento</b>	Nada	0	0	0	0.245
	Algo	0	19.4 (7)	11.3 (7)	
	Mucho	76.9 (20)	55.6 (20)	64.5 (40)	
	Totalmente	23.1 (6)	25 (9)	14.2 (15)	
<b>Incorporación en la práctica de los aprendizajes de las sesiones</b>	Nada	0	2.8 (1)	1.6 (1)	0.021
	Algo	26.9 (7)	47.2 (17)	38.7 (24)	
	Mucho	57.7 (15)	47.2 (17)	51.6 (32)	
	Totalmente	15.4 (4)	2.8 (1)	8.1 (5)	
<b>Satisfacción con la duración de las sesiones de entrenamiento</b>	Nada	0	8.3 (3)	4.8 (3)	0.075
	Algo	30.8 (8)	44.5 (16)	38.7 (24)	
	Mucho	57.7 (15)	38.9 (14)	46.9 (29)	
	Totalmente	11.5 (3)	8.3 (3)	9.6 (6)	
<b>Calidad del entrenamiento</b>	Muy mala	0	0	0	0.014
	Mala	15.4 (4)	0	6.6 (4)	
	Buena	65.4 (17)	60 (21)	62.3 (38)	
	Muy buena	19.2 (5)	40 (14)	31.1 (19)	
<b>Utilidad de las herramientas del entrenamiento</b>	Nada	0	0	0	0.399
	Algo	11.6 (3)	13.9 (5)	12.9 (8)	
	Mucho	61.5 (16)	69.4 (25)	66.1 (41)	
	Totalmente	26.9 (7)	16.7 (6)	21 (13)	
<b>Satisfacción con la didáctica aplicada en el entrenamiento</b>	Nada	0	0	0	0.705
	Algo	30.8 (8)	19.4 (7)	14.2 (15)	
	Mucho	57.7 (15)	75 (27)	67.7 (42)	
	Totalmente	11.5 (3)	5.6 (2)	8.1 (5)	
<b>Satisfacción con la retroalimentación realizada en el entrenamiento</b>	Nada	0	0	0	0.715
	Algo	19.2 (5)	20 (7)	19.7 (12)	
	Mucho	61.6 (16)	65.7 (23)	63.9 (39)	
	Totalmente	19.2 (5)	14.3 (5)	16.4 (10)	
<b>Satisfacción con la usabilidad de la plataforma virtual / con el entrenador</b>	Nada	0	0	0	0.299
	Algo	15.4 (4)	8.6 (3)	11.5 (7)	
	Mucho	50 (13)	45.7 (16)	47.5 (29)	
	Totalmente	34.6 (9)	45.7 (16)	41 (25)	

## Anexo 2

### Ficha sociodemográfica para psicólogos participantes

Código de Psicólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Indicaciones: Marque con un aspa (X) y/o escriba su respuesta

**1. Género**

- Masculino
- Femenino

**2. Edad** \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál es su grado académico más alto?**

- Bachiller
- Titulado
- Magister
- Doctor

**4. ¿Cuál es su tipo de contrato de trabajo?**

- Nombrado
- CAS
- Servicio por terceros
- SERUM
- Internado de Psicología
- Otro \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántos años viene realizando psicoterapias?**

- 1
- 2
- 4
- 5
- 6 o más

**6. ¿Cuántas horas por semana usted realiza psicoterapia en el centro de salud?**

- 0-5 horas
- 10 horas
- 11-20 horas
- 21-30 horas
- 30-48 horas.

**7. ¿Cuál tipo de tratamiento que provee?**

- Individual
- Pareja
- Familia
- Grupo

**8. ¿Qué tipo de psicoterapia utiliza? (Puede marcar hasta 3)**

- Análisis transaccional.
- Terapia cognitivo conductual
- Terapia conductual
- Logoterapia
- Programación Neurolingüística (PNL)
- Psicoanálisis
- Terapia cognitiva
- Mindfulness
- Terapia sistémica familiar
- Terapia centrada en el cliente
- Terapia centrada en las soluciones
- Terapia dialéctica conductual
- Psicoterapia analítica funcional
- Terapia de Aceptación y Compromiso
- Terapia Gestalt
- Terapia Racional Emotiva
- Terapia Humanista

**9. ¿Cuál es el rango de edad de los pacientes que atiende?**

- Niños y niñas (0-12)
- Adolescentes (13-17)
- Jóvenes (18 - 29)
- Adultos (30 - 65)
- Ancianos (66 o más)

**10. ¿Cuántos pacientes atiende en el centro de salud en una semana?**

\_\_\_\_\_

**11. ¿Cuántas sesiones realiza a un paciente en promedio en el centro de salud?**

\_\_\_\_\_

**12. ¿Cuánto tiempo (minutos) dura una sesión o consulta por paciente en promedio en el centro de salud?**

---

**13. ¿Usted realiza consulta privada?**

- Sí
- No

**14. ¿Dónde realiza consulta privada?**

- Centro psicológico
- Independiente
- Otros: \_\_\_\_\_

**15. ¿Cuál de los siguientes problemas que regularmente trata?**

- Depresión
- Desorden bipolar
- Ansiedad
- Desordenes psicóticos
- Desordenes somatomorfos – Hipocondría
- Enfermedades crónicas físicas
- Desordenes del sueño
- Desórdenes alimenticios
- Problemas de aprendizaje
- Adicciones
- Dificultades en las relaciones de pareja
- Consejería
- Orientación sexual
- Violencia de género, familiar o sexual
- Derivaciones de colegios o centros educativos
- Personas con habilidades diferentes (Autismo, Síndrome de down, otros)
- Otros: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### Cuestionario de capacidades informáticas y de uso de computadora

Código de Psicólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Indicaciones: Marque con un aspa (X) su respuesta.

**1. ¿Tiene computadora en su oficina o consultorio?**

- Sí
- No

**2. ¿Tiene computadora en su domicilio?**

- Sí
- No.

**3. ¿Tiene acceso a internet en su oficina o consultorio?**

- Sí
- No

**4. ¿Cuenta con Smartphone (Celular pantalla táctil)?**

- Sí
- No

**5. Jerarquice de 1 a 4 las siguientes actividades según la frecuencia que las realiza en su vida cotidiana.**

\_\_\_ Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)

\_\_\_ Correo electrónico – Email

\_\_\_ Búsqueda de información en google

\_\_\_ Redes sociales (Facebook, Twiter, Instragram)

\_\_\_ Multimedia (Youtube)

**6. ¿Ha realizado cursos virtuales anteriormente?**

- Sí
- No

**7. Si realizo cursos virtuales ¿Cuál fue la plataforma en la que lo realizó?**

Coursera

Moodle

Otro: \_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Cuestionario de satisfacción del entrenamiento

Código de Psicólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indicaciones: Marque con un aspa (X) su respuesta.

- 1. ¿Le sirvieron las sesiones realizadas en el entrenamiento?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 2. ¿Qué tan incorporado en su práctica están los aprendizajes de las sesiones?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 3. ¿Se siente satisfecho con la duración de las sesiones de entrenamiento?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 4. ¿Cuál es la calidad del entrenamiento que se le brinda?**  
 Muy mala                       Mala                       Buena                       Muy buena
- 5. ¿Ha sido útil las herramientas del entrenamiento brindado?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 6. ¿Qué tan satisfecho está con la didáctica aplicada en el entrenamiento?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 7. ¿Qué tan satisfecho está con la retroalimentación realizada en el entrenamiento?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 8. Solo para los participantes del entrenamiento virtual: ¿Qué tan satisfecho está con la usabilidad de la plataforma virtual?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente
- 9. Solo para los participantes del entrenamiento presencial: ¿Qué tan satisfecho está con el entrenador?**  
 Nada                       Algo                       Mucho                       Totalmente

## Anexo 5

### Cuestionario de conocimiento de activación conductual

Código de Psicólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indicaciones: Marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

**1. ¿Cómo se define la depresión desde la activación conductual?**

- a) Déficit de neurotransmisores que inhibe las respuestas del cerebro.
- b) Ausencia de reforzamiento positivo en la vida del sujeto y aumento de reforzamiento negativo como parte de la evitación.
- c) Pensamientos recurrentes que se desarrollan mediante la rumia.
- d) Aumento de situaciones existenciales difícil y pérdida del significado de la vida.
- e) Contexto desfavorable para el desarrollo de habilidades satisfactorias.

**2. Según la OMS la depresión se caracteriza a nivel mundial por tener:**

- a) Baja relevancia en la salud mundial, afectando únicamente a sectores de la población con determinación genética.
- b) Altas tasas de incidencia pero baja prevalencia a nivel mundial, siendo su mayor impacto a nivel de pacientes psiquiátricos.
- c) Altas tasas de prevalencia pero baja incidencia. Al desarrollarse es causante directa de muerte.
- d) Comorbilidad con desarrollo de enfermedades lo cual genera dificultad en su diagnóstico no pudiendo establecer la discapacidad directa.
- e) Altas tasas de incidencia y prevalencia, siendo la tercera causa de pérdida de años por discapacidad a nivel mundial.

**3. ¿Cuáles son las características principales de la población que ha sufrido alguna vez de depresión?**

- a) Personas altamente sometidas a estresores psicosociales.
- b) Niños, niñas y adolescentes de países en desarrollo.
- c) Mujeres jóvenes y adultas de escasos recursos económicos.
- d) Personas con alguna enfermedad crónica.
- e) Hombres y mujeres adultos de países desarrollados.

**4. ¿Cuál es el rol de terapeuta en la activación conductual?**

- a) Más que un rol de profesor o educador tiene una actuación de entrenador.
- b) El terapeuta tiene el rol de asesor y consejero para encontrar el significado de la vida de una persona.
- c) Su rol se restringe a darle los fundamentos y herramientas de la activación conductual.
- d) Establecer los parámetros de patología del estado emocional y cognitivo de la persona en consulta.
- e) Brinda conocimientos que refuerzan las experiencias de vida negativa de las personas.

**5. ¿Con que tipos de terapias se ha comprobado la eficacia de la activación conductual para el tratamiento de la depresión?**

- a) Mindfullnes y Terapia psicodinámica
- b) Terapia farmacológica (Antidepresivos) y Terapia racional emotiva.
- c) Terapia conductual e Hipnosis.
- d) Terapia cognitiva y PNL.
- e) Terapia cognitivo conductual y Terapia farmacológica (Paroxetina)

**7. ¿Cuáles son las características por las que es más recomendada la activación conductual en el tratamiento de la depresión?**

- a) Es breve, económica, fácil de aprender y eficaz.
- b) Es breve y únicamente utiliza una herramienta.
- c) Tiene pocas estrategias y es fácil de entender para los pacientes.
- d) Fácil de aprender, eficaz pero de larga duración.
- e) Es breve, económica y fácil de aprender pero no sea demostrado su eficacia.

**9. Las experiencias de vida negativas generan:**

- a) Activación de las personas.
- b) Rumia del pensamiento.
- c) Respuestas naturales.
- d) Ansiedad.
- e) Trastornos psicóticos.

**6. ¿Para qué tipos de depresión es útil la activación conductual?**

- a) Únicamente para la depresión leve.
- b) Para todo tipo de depresión, incluso para niveles severos.
- c) Depresión leve y moderada.
- d) Depresión severa.
- e) Distimia y Trastorno bipolar.

**8. ¿Qué tipo de experiencias del paciente se utilizan en este tipo intervención psicológica?**

- a) Experiencias de vida: negativas, positivas y neutrales.
- b) Experiencias de trabajo en otras terapias.
- c) Se utilizan sobre todo las experiencias de vida negativas.
- d) Experiencias de vida positivas para su reforzamiento.
- e) Se utilizan experiencias de vida que ayuden a mejorar autoestima.

**10. ¿En qué etapa de la intervención se empiezan a discutir o evaluar las experiencias de vida de las personas atendidas?**

- a) En la última etapa cuando se realizaron todas las actividades.
- b) Antes de empezar con las actividades o tareas pero luego de identificar potenciales áreas de activación.
- c) En la segunda etapa de evaluación.
- d) En la primera etapa al jerarquizar actividades.
- e) En la primera etapa de inicio de la intervención.

**11.Las respuestas emocionales son:**

- a) Poco comunes y aisladas
- b) Comportamientos naturales como reacción de experiencias de vida negativas.
- c) Naturales dependiendo de las experiencias de vida.
- d) Reforzadores positivos para la depresión.
- e) Solo asociados a pacientes psiquiátricos.

**13.Las emociones son tanto causa como consecuencia de las conductas de las personas con depresión.**

- a) Falso. Las emociones son la causa principal de la depresión.
- b) Falso. Las emociones son respuestas raras.
- c) Verdadero. Tienen un rol central como causa, consecuencia y herramienta de intervención.
- d) Verdadero. Las emociones son tanto causa como consecuencia de las conductas de las personas con depresión.
- e) Falso. Las emociones son la consecuencia de los comportamientos de las personas en proceso de depresión.

**15.¿Cómo se deben clasificar a las respuestas de las personas con depresión?**

- a) Excepcionales dependiendo del diagnóstico.
- b) Normales pero con excepciones dependiendo del diagnóstico.
- c) Como expresión de un contexto reforzador.
- d) Como parte esencial de la evitación.
- e) Naturales, normales y/o comunes

**12.Las respuestas emocionales pueden ser observadas en la siguiente etapa de la intervención:**

- a) Última etapa de la intervención.
- b) En la etapa de evaluación de metas y valores.
- c) Primera etapa de intervención.
- d) En la etapa de programación de actividades.
- e) En la etapa de transferencia terapéutica.

**14.Los entornos influyen en la depresión pero NO son determinantes o desencadenantes.**

- a) Falso. Los entornos son determinantes al igual que los pensamientos de las personas.
- b) Verdadero. Los entornos no influyen la depresión.
- c) Verdadero. Los entornos no son determinantes pero si los pensamientos de la persona.
- d) Falso. Los entornos y el comportamiento que tenemos ante ellos son determinantes y desencadenantes de la depresión.
- e) Verdadero. Los entornos son solo manifestaciones de las percepciones de las personas.

**16.¿Cuáles son los elementos del ciclo de depresión?**

- a) Experiencias de vida negativas y actividades.
- b) Experiencias de vida positivas y negativas.
- c) Respuestas conductuales y emociones.
- d) Actividades, metas y valores.
- e) Experiencia de vida negativas y respuestas conductuales.

**17. ¿Porque es importante entender los elementos del ciclo de la depresión?**

- a) Para poder reconocer pensamientos recurrentes.
- b) Establecemos conexiones entre la depresión y sus consecuencias.
- c) De esta forma podemos entender que las respuestas a las experiencias de vida son naturales pero que estas pueden perpetuar el problema mediante reforzamiento negativo.
- d) Conocemos las experiencias de vida como naturales y actuamos reforzándolas.
- e) Romper el ciclo de depresión mediante pensamientos positivos.

**19. ¿Cuál es la meta de la activación conductual?**

- a) Romper el ciclo de depresión mediante la puesta en movimiento o activación a la personas superando sus problemas y creando un sentido de vida.
- b) Romper el ciclo de castigos negativos por medio del reconocimiento de pensamientos recurrentes.
- c) Accionar pensamientos positivos para mejorar el contexto de la persona.
- d) Dejar que se define un nuevo sentido de vida mediante la conciencia de los problemas.
- e) Identificar actividades que fomenten una mejor adherencia al tratamiento.

**21. ¿Qué es importante tener en cuenta al comunicarle a la persona sobre los fundamentos de la intervención y el proceso de la depresión?**

- a) Darle el significado de cada palabra técnica.
- b) Uso del lenguaje propio del cliente y asegurarse de comprensión de los fundamentos de la intervención.
- c) Que solo entienda el fundamento de la activación.
- d) Uso del lenguaje según el manual y los procesos con énfasis en la comprensión de las herramientas.
- e) El nivel intelectual de la persona con depresión.

**18. ¿Cuáles son los elementos del nuevo ciclo que se desea promover en la activación conductual?**

- a) Activación y reforzamiento positivo.
- b) Evitación y reforzamiento.
- c) Actividades placenteras y necesarias.
- d) Activación y autoestima.
- e) Reforzamiento positivo y negativo.

**20. ¿Qué es lo que hay que saber antes de empezar la activación?**

- a) Todas las técnicas sirven a todas las personas si son usadas de acuerdo al manual.
- b) La persona tendrá éxito en la medida que mayor sea el grado de actividades de evitación.
- c) Cambiar las acciones de las personas implican cambiar su autoestima.
- d) Lo que necesita la persona para ser activada para luego usar las técnicas para ponerla en movimiento.
- e) La activación solo es útil si empieza mediante una evaluación de valores y metas.

**22. ¿Cuáles son las respuestas comunes que se les puede ofrecer como terapeuta a las personas con depresión sobre sus dudas al iniciar el proceso de activación?**

- a) "Solo hazlo" y "Relajación"
- b) "vincúlate con los demás", "Se empático" y "Romper el cerebro"
- c) "De adentro hacia afuera" y "Hazlo según tus emociones"
- d) "De adentro hacia afuera", "Consigue el éxito" y "Desmitificar el cerebro"
- e) "Solo hazlo", "De afuera hacia adentro" y "Romper el cerebro"

**23. Las acciones que nosotros realizamos nos hacen sentir de una determinada forma por lo cual es importante seguir un plan de acciones a pesar de nuestro estado de ánimo. ¿Esta afirmación de que tipo de respuesta común sería?**

- a) "Romper el cerebro"
- b) "Relajación"
- c) "vincúlate con los demás"
- d) "Solo hazlo"
- e) "Consigue tus metas"

**25. Si bien existe una serie de medicamentos que prometen solucionar la depresión, es comprobado que la mejor forma de realiza cambios en los pensamientos y cerebro es a partir de las acciones que uno realiza en su contexto diario. ¿Esta afirmación de que tipo de respuesta común sería?**

- a) "Solo hazlo"
- b) "Romper el cerebro"
- c) "De afuera hacia adentro"
- d) "Relajación"
- e) "Desmitificando el cerebro"

**27. ¿Cuál es la herramienta principal para conocer conductas que el paciente dejó de hacer o quisiera empezar a realizar?**

- a) Monitoreo de actividades.
- b) Test psicológicos.
- c) Entrevista estructurada.
- d) Evaluación de valores.
- e) Entrevista informal.

**29. ¿En qué momento se identifican las áreas de activación potencial?**

- a) En la etapa de diagnóstico.
- b) En la etapa de jerarquización de actividades.
- c) En la etapa de evitación
- d) En la etapa de modificación de conducta.
- e) En la etapa de evaluación con la entrevista informal.

**31. ¿Cómo se denomina al motivo por el cual el paciente llega a consulta o desencadenante**

**24. Es importante tener en cuenta que nuestros contexto son los que nos hace sentir de una determinada forma por ello es necesario realizar acciones que modifiquen la situación externa para poder cambiar lo que sentimos. ¿Esta afirmación de que tipo de respuesta común sería?**

- a) "De afuera hacia adentro"
- b) "Solo hazlo"
- c) "Romper el cerebro"
- d) "Consigue tus metas"
- e) "Prioriza tus valores"

**26. ¿Cuáles son las principales estrategias de recopilación de información?**

- a) Entrevista estructurada, test psicológicos y notas.
- b) Entrevista informal, evaluación de valores y monitoreo de actividades
- c) Monitoreo de actividades, evaluación de pensamientos y encuesta.
- d) Identificación de evitación, pensamientos centrales y relajación.
- e) Jerarquizar valores y monitoreo de acciones

**28. ¿Cuál NO sería una pregunta a realizar en la entrevista informal?**

- a) Lo que solía hacer
- b) Que paro o dejo de hacer.
- c) Que quiere hacer
- d) Cuale son sus sentimientos sobre la vida.
- e) Lo que tendría que hacer para alcanzar sus metas.

**30. ¿Cuál es objetivo principal de discutir los valores y metas de la persona con depresión?**

- a) Establecer actividades difíciles y fáciles.
- b) Identificar posibles barreras y dificultades.
- c) Relacionar metas con los valores de vida.
- d) Determinar asignaciones de actividades según los valores relacionando estas tareas con un sentido para el paciente.
- e) Utilizar la entrevista informal y la encuesta sociodemográfica.

**32. ¿En qué momento el desencadenante de la depresión es abordado en la activación**

**principal de la depresión?**

- a) Pensamiento recurrente
- b) Asunto fundamental.
- c) Conducta de evitación.
- d) Respuesta natural.
- e) Reforzador positivo.

**33. ¿Cómo es abordado el desencadenante de la depresión en la activación conductual?**

- a) Como parte de las condiciones contextuales.
- b) Mediante la discusión y evaluación de la rutina diaria determinando actividades que evitan mejorar sus rutina diaria.
- c) A través de las emociones que se expresan en la rutina diaria.
- d) Mediante la discusión de los valores y metas.
- e) Usando instrumentos y metas de activación.

**35. Si se presenta una dificultad ¿Cuál herramienta se utiliza primero para poder guiar y seguir el procedimiento de activación?**

- a) Apuntes de entrevista informal.
- b) Monitoreo de actividades mensuales.
- c) La lista de jerarquización de actividades.
- d) Formato de valores y metas.
- e) Formato de activación.

**37. ¿Cuáles son las recomendaciones para ayudar a cumplir las actividades o tareas establecidas para la activación?**

- a) Realizar todas las etapas de la terapia sin ninguna excepción.
- b) Establecer un buen diagnóstico y evaluación de los neurotransmisores.
- c) Asignar las tareas difíciles para fomentar éxitos grandes, desarticular metas en valores manejables, hacer tareas significativas, considerar y resolver obstáculos para su resolución.
- d) desarticular metas en partes manejables y, considerar obstáculos para su evitación.
- e) Asignar las tareas fáciles para fomentar éxitos tempranos, desarticular tareas en partes manejables, hacer tareas concretas y específicas, considerar y resolver obstáculos.

**conductual?**

- a) En la etapa inicial.
- b) En la etapa de evaluación de metas y valores.
- c) En la etapa de activación y sentido de vida.
- d) En la etapa de evaluación final.
- e) En la etapa de monitoreo de actividades

**34. ¿Cuál es la herramienta que se utiliza para intervenir en las la rutina daría de la personas que padecen depresión?**

- a) Diario de intervención.
- b) Contrato conductual
- c) Formato de monitoreo semanal y diario.
- d) Planificación de actividades y metas.
- e) Formato de monitoreo mensual.

**36. ¿Porque es importante que los pacientes participen la elaboración de las actividades y su jerarquización?**

- a) Para que comprenden los conceptos difíciles.
- b) Porque no sienten que esa actividad sea gratificante, posible o importante para él.
- c) Para saber diferenciar entre depresión y tristeza.
- d) Porque se busca un vínculo empático.
- e) Sino no se pueden establecer valores comunes.

**38. ¿Cuáles son las preguntas para asignar la dificultad de la tarea para la activación?**

- a) ¿Se siente abrumado por sus pensamientos?, ¿Qué acciones realiza para evitarlos?
- b) ¿Esta tarea es lo suficientemente fácil para que sintiera una sensación de logro si lo realiza?, ¿Es placentera?, ¿necesita ayuda?
- c) ¿Esta tarea es lo suficientemente difícil para que sintiera una sensación de logro si lo realiza?, ¿Es demasiado difícil?, ¿Se siente abrumado?
- d) ¿Utilizo las herramientas de la terapia?. ¿Es necesario supervisión?, ¿Cómo se siente?
- e) ¿En dónde estaba mientras realizaba la acción?, ¿cambio su estado de ánimo?, ¿Cuánto tardo en cambiar?

**39. ¿Cuál es un pensamiento que confunde a las personas con depresión a la hora de asignar dificultad de la tarea para la activación?**

- a) Si es fácil es necesario.
- b) No todo lo difícil genera satisfacción.
- c) Lo divertido es más posible que se realice
- d) Lo simple esta en mejorar las actividades.
- e) Se confunde lo divertido con lo simple.

**40. ¿Cuál es la meta a la hora de asignar la dificultad de las tareas para ser realizadas?**

- a) Separar las necesarias de las placenteras
- b) Jerarquizar los estados de ánimo.
- c) Que sea la tarea correcta porque es realizable.
- d) La correcta dificultad pero sin hacer sentir mal al paciente.
- e) Encontrar la tarea con la correcta la dificultad para completarla y sentirte bien, pero no lo demasiado difícil para no realizarla.

**41. Además de relaciones personales, materiales o situaciones, también serían obstáculos:**

- a) Las acciones de las otras personas.
- b) Los sentimientos o emociones.
- c) Los pensamientos recurrentes.
- d) Las estrategias de activación.
- e) Los estímulos positivos.

**42. Con respecto al “cuando” ¿Qué elemento es importante tener en cuenta?**

- a) Poner en su calendario la fecha.
- b) Avisarle a algún amigo que le ayude a recordar.
- c) No dejar pasar más de dos días para hacerlo.
- d) Establecer rangos de tiempo referenciales.
- e) Tener una fecha límite.

**43. En la planificación de actividades se puede:**

- a) agregar o quitar valores en cualquier momento y cambiar las actividades poco exitosas.
- b) quitar metas al finalizar la terapia y cambiar las actividades poco exitosas.
- c) agregar o quitar actividades en cualquier momento y cambiar la jerarquización de actividades luego de realizarlas.
- d) Jerarquizar las actividades que surgen de acuerdo a la necesidad.
- e) Establecer relaciones entre los valores y las evitaciones.

**44. Para seguir las actividades a pesar de los diversos obstáculos que se presentan es importante tener:**

- a) Un recordatorio.
- b) El formato de valores y metas.
- c) Automotivarse
- d) Un plan de contingencia
- e) Tener en cuenta la forma como los pensamientos influyen.

**45. Un principio esencial que debe tener en cuenta el terapeuta sobre el proceso de activación conductual en la etapa de realización de actividades programadas es que:**

- a) Inicialmente los pacientes pocas veces completan totalmente la tarea, pero cualquier signo de esfuerzo debería ser tomado como un cambio hacia la meta.
- b) Inicialmente los pacientes que completan totalmente la tarea son los que tienen un signo positivo para el cambio hacia la meta.
- c) Un signo positivo de cambio es cuando se deja de reforzar los reforzadores positivos.
- d) Los reforzadores dejan de ser útiles y se incorporan nuevos estados de ánimo.
- e) Inicialmente los pacientes que dejan de lado las tareas necesitan mayor apoyo de sus familias.

**47. Existen tres tipos de comportamientos para ser tomados en cuenta en la realización de las actividades planificadas:**

- a) Asunto fundamental, reforzadores negativos y reforzadores neutros.
- b) Respuestas, patrones de evitación y rumia.
- c) Evitación, Actividades y reforzadores.
- d) Estrategias, actividades y experiencias.
- e) Asunto fundamental, respuestas y patrones de evitación.

**49. El terapeuta debe clasificar las conductas que refuerzan negativamente la depresión como:**

- a) Parte de la experiencia estresante.
- b) Excepcional y rara.
- c) Naturales, pero poco comunes.
- d) Naturales, entendibles y comunes
- e) Comprensible después del diagnóstico.

**46. ¿Cuáles son las estrategias más importantes para dar solución a un obstáculo que se presentó en la ejecución de las tareas planificadas?**

- a) Identificar que impidió que cumpla la tarea, si fueron barreras nuevas o anteriormente identificadas, determinar si el cliente participo activamente en la solución sugerida para la barrera, si la tarea necesita ser desintegrada.
- b) Identificar que impidió que cumpla la tarea, si fueron barreras nuevas o anteriormente identificadas, si la tarea necesita ser eliminada.
- c) determinar si el cliente participo activamente en la solución sugerida para la barrera mediante las notas de entrevista, si la meta necesita ser desintegrada, mejorar las estrategias de activación.
- d) Identificar que impidió que cumpla la tarea, si fueron solo barreras nuevas, proceder a mejorar la acción, si la tarea necesita ser eliminada.
- e) Comprender el contexto de acción, mejorar los refuerzos y desintegrar los valores.

**48. ¿Qué tipo de conductas son aquellas que nos impiden salir de la depresión reforzándonos negativamente a realizar actividades para sentirnos bien?**

- a) Reforzadores positivos.
- b) Condicionamientos contextuales.
- c) Patrones de evitación.
- d) Estrategias de evaluación.
- e) Estímulos distractores.

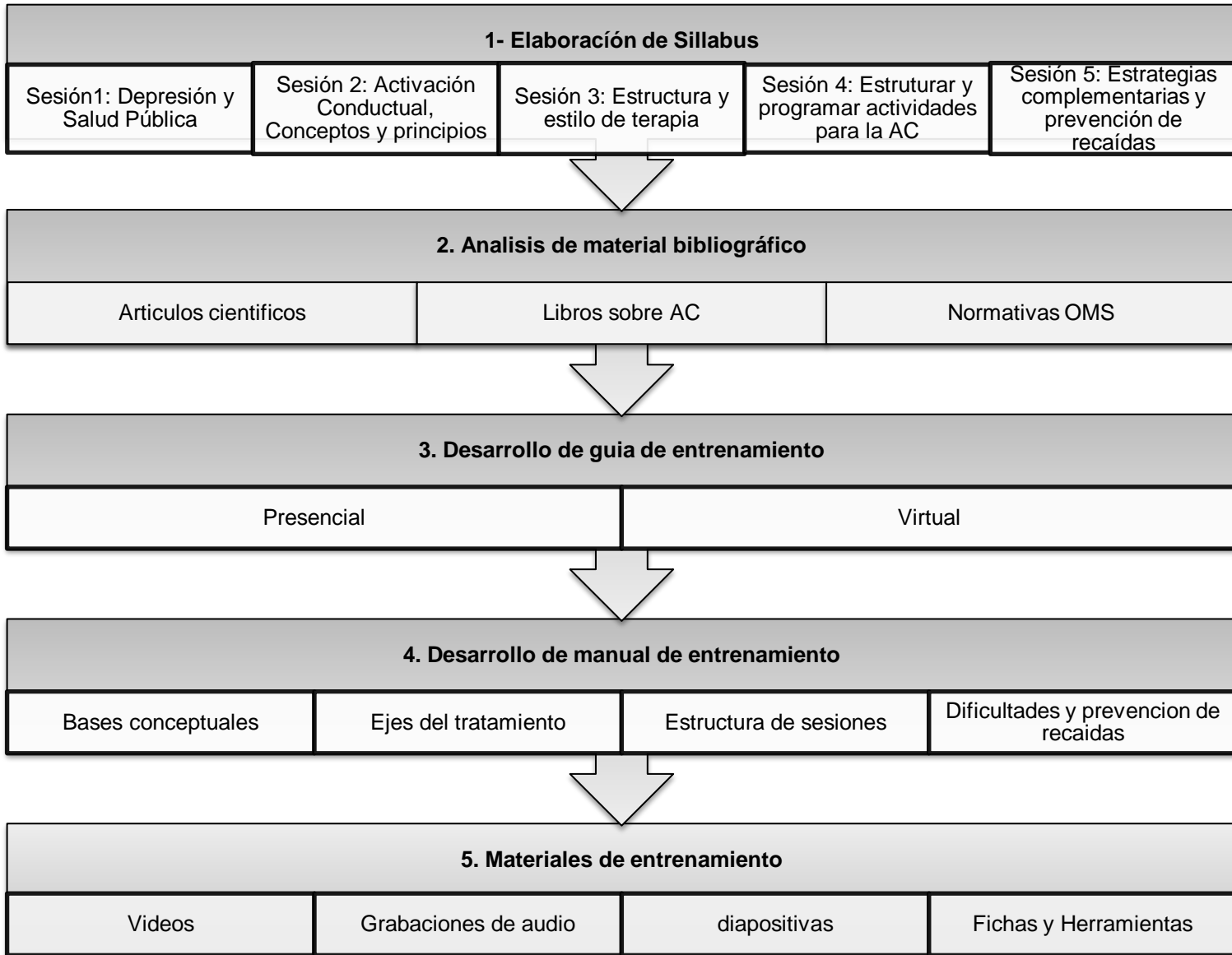
**50. La evitación trae consecuencias particulares en los pacientes con depresión como:**

- a) Beneficios a largo plazo pero el reforzamiento de la depresión
- b) Beneficios a corto plazo pero el reforzamiento de la depresión a largo plazo.
- c) La percepción de poco beneficio.
- d) Mejora en el reforzamiento positivo de activación.
- e) Profundización de la depresión en el corto plazo.

***Muchas gracias por su participación.***

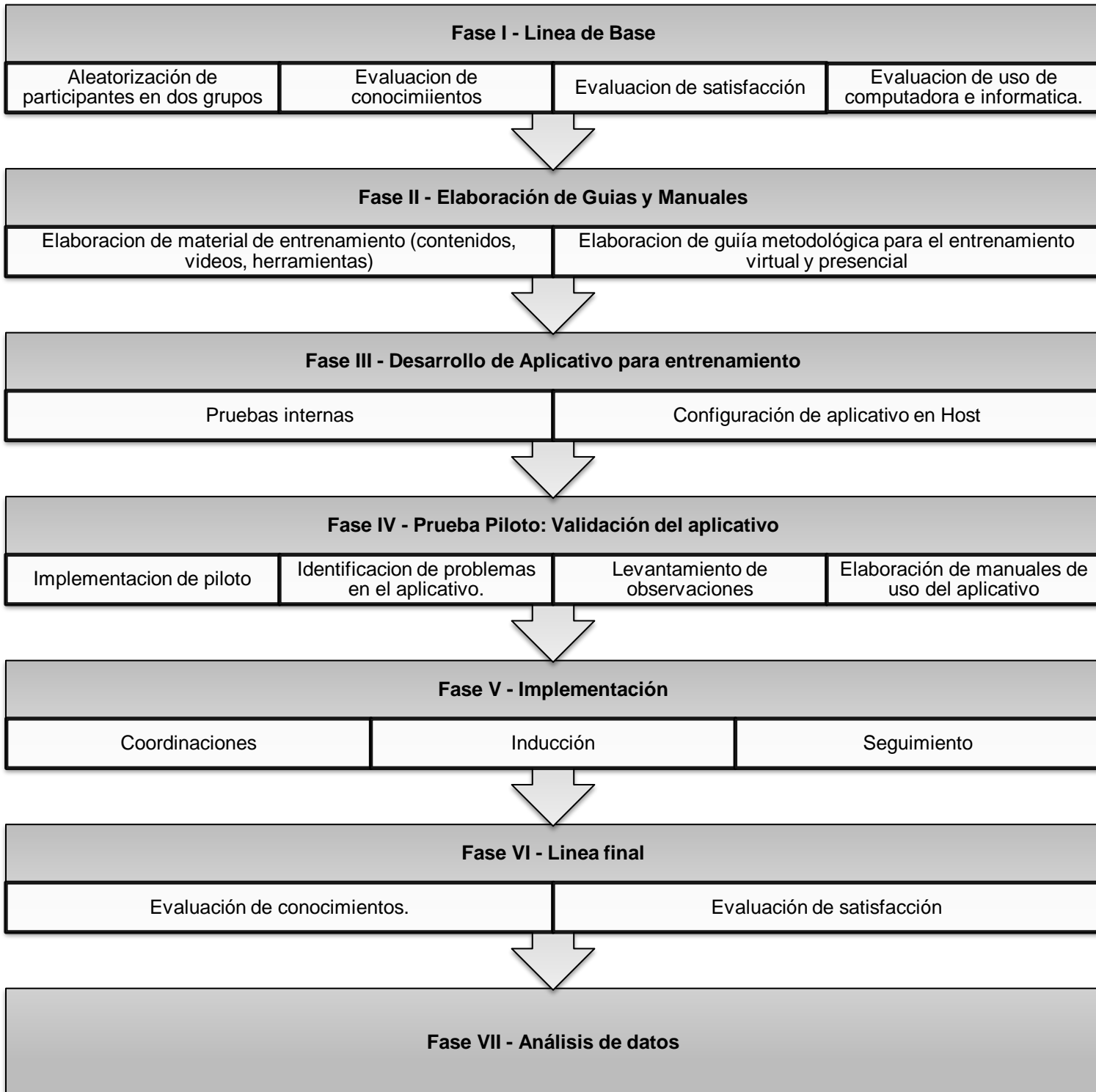
## Anexo 6

### Elaboración de Manual y Materiales de entrenamiento



## Anexo 7

### Fases de Investigación



Anexo 8

Manual de Entrenamiento en Activación Conductual

**TERAPIA DE ACTIVACIÓN  
CONDUCTUAL PARA EL  
TRATAMIENTO DE LA  
DEPRESIÓN**

*GUÍA METODOLÓGICA DE ENTRENAMIENTO*

**SumaqKawsay**  
Comunidad y salud



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN

# **GUÍA METODOLÓGICA DE ENTRENAMIENTO 2017**

**SUMAQ KAWSAY. Comunidad y Salud**

**Maestría en Informática Biomédica en Salud Global  
Facultad de Salud Pública y Administración  
Universidad Peruana Cayetano Heredia**

## INDICE

<b>1. Sobre el proyecto</b>	<b>5</b>
<b>2. Sobre la Investigación</b>	<b>6</b>
<b>3. Presentación</b>	<b>7</b>
3.1. Investigador principal	7
3.2. Docente	7
<b>4. Presentación de la guía metodológica</b>	<b>8</b>
<b>5. Objetivos de la guía metodológica</b>	<b>10</b>
<b>6. Pautas para el aprendizaje: medios y prácticas</b>	<b>11</b>
<b>7. Generalidades: bases conceptuales</b>	<b>13</b>
7.1. Conociendo la activación Conductual	13
7.2. Principios básicos del tratamiento de Activación conductual	14
7.3. Lo elemental del modelo de aprendizaje operante: refuerzo y castigo	15
7.4. Causa y mantenimiento de la depresión según la Activación conductual	15
<b>8. Ejes del tratamiento</b>	<b>17</b>
8.1. Actividades del tratamiento	17
8.2. Puntos a tener en cuenta durante la introducción del tratamiento	18
8.3. Componentes del tratamiento	18
<b>9. Estructura de las sesiones</b>	<b>20</b>
<b>9.1. Sesión 1</b>	<b>24</b>
9.1.1. Psicoeducación de la depresión	24
9.1.2. Explicación del abordaje de Activación conductual	26
9.1.3. Introducción del registro 1: monitoreo diario	26
9.1.4. Discusión de puntos importantes del tratamiento	29
9.1.5. Tarea	30
<b>9.2. Sesión 2</b>	<b>30</b>
9.2.1. Revisión de la tarea (registro de monitoreo diario)	31

9.2.2. Repaso breve de los contenidos de la sesión anterior (sesión 1)	33
9.2.3. Introducción del Registro 2 (AV VA)	33
9.2.4. Tarea	38
<b>9.3. Sesión 3</b>	<b>40</b>
9.3.1. Revisar tarea (Registro 1 y Registro 2)	40
9.3.2. Introducción del registro de selección y jerarquía de actividades	42
9.3.3. Tarea	44
<b>9.4. Sesión 4</b>	<b>44</b>
9.4.1. Revisar tarea	44
9.4.2. Introducción del monitoreo diario con planificación de actividades	44
9.4.3. Tarea	47
<b>9.5. Sesión 5</b>	<b>48</b>
9.5.1. Revisar la tarea: Monitoreo diario con planificación de actividades	48
9.5.2. Introducción del registro de acuerdos	49
9.5.3. Tarea	50
<b>9.6. Sesión 6 al 9</b>	<b>50</b>
9.6.1. Revisiones en la sesión 6 se revisa las tareas de la sesión anterior	50
9.6.2. Sesión 7 en adelante	51
<b>9.7. Sesión 10</b>	<b>55</b>
9.7.1. Revisar tareas: monitoreo diario con planificación de actividades	55
9.7.2. Finalizando el tratamiento	55
<b>10. Dificultades y prevención de recaídas</b>	<b>57</b>
<b>11. Bibliografía</b>	<b>60</b>
<b>12. Anexos: fichas y recursos</b>	<b>62</b>