

Activación Conductual: Efecto en Adultos Bogotanos con Depresión en Sesiones Presenciales y en Línea

(Behavioral Activation: Effect on Bogotan Adults with Depression in Face-to-Face and Online Sessions)

Laura Natalya Pinzón Corredor¹ y Javier M. Bianchi^{2,3}

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

(Colombia)

RESUMEN

Esta investigación estimó el efecto del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R) en dos modalidades y dos formatos, sobre la frecuencia de conductas saludables y evitativas, en cinco adultos con depresión moderada. Se evaluaron cambios en severidad de la depresión, percepción de reforzamiento medioambiental, sintomatología emocional y factores de cambio de la Activación Conductual. Diseño de caso único A-B-Ar-C con seguimiento, A línea de base, B inicio del componente activo del tratamiento, Ar retirada forzada por medidas de asilamiento preventivo por covid-19, C continuidad de la intervención con transición de formato grupal a individual y de modalidad presencial a online. El análisis visual y pruebas *Tau-U* mostraron efectos significativos sobre la frecuencia de conductas saludables en los contrastes de la fase A con las demás, con incremento significativo ($p < .05$) y tamaños de efecto grandes ($Tau-U > .711$) y muy grandes ($Tau-U > .955$). En las conductas evitativas con valores *Tau-U* negativos, significativos ($p < .05$) y de tamaño del efecto moderado ($Tau-U < -.467$) y grande ($Tau-U < -.634$). Los contrastes de las pruebas objetivas respaldan los hallazgos de las medidas repetidas. El BATD-R fue efectivo y mostró versatilidad, compatibilidad y adaptabilidad dentro de sus formatos y modos de administración.

Palabras clave: activación conductual, Reforzamiento Positivo Contingente a la Respuesta (RPCR), sintomatología emocional, conductas saludables, conductas evitativas, diseño de caso único, Protocolo Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD)

1 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3932-151X> Correo electrónico: lauran.pinzonc@konradlorenz.edu.co

2 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9803-6316>

3 Dirigir correspondencia a: Javier M. Bianchi, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Carrera 9 bis, N° 62-43, Bogotá (Cundinamarca, Colombia). Correo electrónico: javierm.bianchis@konradlorenz.edu.co Teléfono: (+57 1) 347 23 11.

ABSTRACT

The Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD-R) is designed to increase activities aligned with personal values, resulting in a reduction of emotional symptomatology and a change in underlying cognitions. This study aimed to estimate the effect of BATD-R in two intervention modalities (group and individual), with two delivery formats (face-to-face and online), on the frequency of healthy and avoidant behaviors, and to determine changes in depression severity, perception of environmental reinforcement, emotional symptomatology, and Behavioral Activation change factors in a non-probabilistic sample of five adults aged 23-33 years with moderate depression. The study utilized a single-case A-B-Ar-C design with follow-up. Phase A was the baseline intake, phase B was the administration of group-face-to-face BATD until session six out of ten, phase Ar was the forced withdrawal due to preventive isolation measures related to Covid-19, and phase C was the continuity of intervention through a transition from face-to-face to online and from group to individual mode (individual-online BATD) from session seven to session ten. The daily monitoring formats of the protocol, the Zung Self-Applied Scale for Depression (ZUNG-SDS), the Environmental Reward Observation Scale (EROS), the Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21), and the Behavioral Activation Depression Scale (BADDS) were used to measure the variables. The study utilized visual analysis and *Tau-U* tests to demonstrate significant effects on the frequency of healthy and avoidant behaviors. Results of contrasts between phase A and the other phases indicated a significant increase ($p < .05$) in the frequency of value-directed behaviors, with large ($Tau-U > .711$) and very large ($Tau-U > .955$) effect sizes. In avoidant behaviors, *Tau-U* values were negative, significant ($p < .05$), and effect sizes ranged from moderate ($Tau-U < -.466$) to large ($Tau-U < -.634$). Clinically significant changes were observed in perceived environmental reinforcement and level of activation, as well as decreases in emotional symptomatology, avoidance, work/academic impairment, social impairment, and severity of depression. The results suggest that the BATD-R was effective and demonstrated versatility, compatibility, and adaptability in its different formats and modes of administration, which may allow for effective treatment during situations of high uncertainty or sudden decrease in sources of reinforcement, such as the preventive isolation measures adopted by governments during the Covid-19 pandemic, or in situations where there is no fixed place of residence.

Keywords: Behavioral Activation, Response Contingent Positive Reinforcement (RPCR), Emotional Symptomatology, Healthy Behaviors, Avoidant Behaviors, single case design, Brief Behavioral Activation Protocol for Depression (BATD).

La depresión afecta a más de 300 millones de personas, consolidándose como un problema de salud pública y es la principal causa de discapacidad (Organización Mundial de Salud [OMS], 2018). La depresión se caracteriza por estados de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, bajos niveles de autoestima, desesperanza, trastornos del sueño, bajo apetito, percepción de cansancio y falta de concentración

(OMS, 2016). Este trastorno es un problema de salud mental pública a nivel mundial, relacionado con factores sociales, económicos, laborales, ambientales y culturales (Vélez y Carrascal, 2017). En Colombia, ocupa el quinto lugar de prevalencia en los trastornos mentales, el reporte de casos atendidos por depresión se ha incrementado a partir del año 2009, en Bogotá se registra el 21.1% de casos, con mayor prevalencia en personas entre los 15 y 29 años (Hernández y Barrera, 2021).

Sumado a lo anterior, la pandemia por COVID-19 presentó impacto psicológico en la población. Diferentes estudios han reportado dificultades en el sueño y alimentación, bajo estado de ánimo, irritabilidad, incremento de violencia doméstica, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, deterioro en redes de apoyo (Sihag y Kumar, 2020), aumento en la incidencia de ansiedad, depresión, estrés postraumático y trastornos comportamentales (Valiente et al., 2020; Wang et al., 2020).

La División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2022) ha identificado 16 tratamientos con apoyo empírico para la depresión. Las terapias Cognitivo Conductual, Interpersonal, Activación Conductual (AC), Solución de Problemas, entre otras, son tratamientos psicológicos bien establecidos que han mostrado efectos significativos en la depresión de adultos (Cuijpers et al., 2020).

La AC es un tratamiento contextual dirigido a incrementar las actividades que permiten acceder a fuentes de recompensa y solución de problemas de manera efectiva (Bianchi y Henao, 2015), y como efecto paralelo y secuencial generar cambio sobre lo que se piensa y se siente (Hershenberg et al., 2018). La AC es parsimoniosa, rentable, de fácil difusión (Richards et al., 2016), flexible, práctica y menos intensiva que la Terapia Cognitivo Conductual (Han y Kim, 2022). Esta terapia tiene costos limitados, puede alcanzar efectos duraderos (González-Terrazas y Campos, 2021), y cuenta con evidencia de varios estudios y metaanálisis con tamaños del efecto superiores a .70 (Chan et al., 2017; Cuijpers et al., 2020), en formato grupal (Chan et al., 2017; Simmonds-Buckley et al., 2019) o por internet (Han y Kim, 2022, Huguet et al., 2018).

La AC en formato de intervención grupal da cuenta de un buen tamaño del efecto con personas diagnosticadas con depresión mayor (O'Mahen et al., 2018), estudiantes universitarios con síntomas depresivos (Garcés et al., 2022) y veteranos de guerra con síntomas depresivos (Hershenberg et al., 2018). Recientemente se han publicado investigaciones que incorporan aplicaciones como *Aptívate* o *Behavioral Appivation* para adultos (Dahne, et al, 2019, O'Mahen et al., 2018) y fumadores con depresión (Heffner, et al, 2019).

En el contexto Latinoamericano se encuentran varios trabajos referidos a la AC como por ejemplo los artículos de revisión de Bianchi y Muñoz (2014), y el de González-Terrazas y Campos (2021). Adicionalmente, están las validaciones de instrumentos afines a la AC como la *Behavioral Activation for Depression Scale* (BADS; p. ej. Sánchez-Angulo et al., 2018), la *Environmental Reward Observation Scale* (EROS; p. ej. Saavedra et al., 2023) y el *Reward Probability Index* (RPI; p. ej. Reyes-Buitrago et al., 2023).

Adicionalmente, también se encuentran reportes de investigación que dan cuenta de la eficacia o efectividad de la AC en diferentes poblaciones con depresión, por ejemplo, con estudiantes universitarios (p. ej. Garcés et al., 2022), en personas con

Diabetes o Hipertensión (Araya et al., 2021), en víctimas de violencia contra la mujer (Ramírez-Cruz et al., 2023) y aplicaciones de protocolos de una sola sesión de intervención (p. ej. Reyes-Parra et al., 2019).

En Colombia se realizó la adaptación, validación y pilotaje del BATD-R (Lejuez et al., 2011) a formato grupal (BATD-G) en estudiantes Universitarios (Garcés et al., 2022). La validación mostró un nivel casi perfecto de acuerdo entre jueces ($K_{free}=.87$); y la adaptación implicó modificaciones en las primeras siete sesiones, en el formato de monitoreo de actividades diarias y en el número de sesiones (incluyeron una sesión preliminar). Los resultados de este estudio dan cuenta del incremento de conductas saludables y percepción del reforzamiento medio ambiental; así como, el decremento en conductas evitativas y severidad de la depresión en todos los participantes del estudio piloto ($n=$ siete).

Dada la alta prevalencia de los problemas asociados a la depresión y sus implicaciones a nivel económico, social, familiar y laboral, es importante continuar desarrollando estrategias de intervención oportuna y eficaz, que disminuyan el malestar y favorezcan el acceso por parte de la población. Adicionalmente, el incremento en los niveles de sintomatología emocional y mayor restricción en el acceso a servicios de salud pública como consecuencia de las políticas de confinamiento adoptadas por los gobiernos para afrontar la pandemia de COVID-19. En ese escenario se desarrolló el presente estudio que estimó el efecto del BATD en dos modalidades de intervención (grupal, individual) con dos formatos de administración (presencial, online) sobre la sintomatología depresiva de adultos con depresión en la ciudad de Bogotá.

MÉTODO

Tipo de estudio y Variables

El estudio fue un diseño de caso único de tipo ABArC con seguimiento. En la fase A se estableció la línea de base, mientras que en la fase B se aplicó el componente activo del tratamiento (sesiones cuatro, cinco y seis del protocolo BATD-G, en formato presencial y grupal). La fase Ar correspondió a la retirada de la intervención, debido a la interrupción de la aplicación del protocolo causada por el inicio de las medidas de aislamiento preventivo en Bogotá a causa del Covid-19. Posteriormente, en la fase C, se retomó la intervención en medio de las medidas de aislamiento (sesiones siete a diez del protocolo BATD-R, en formato online e individual). Finalmente, se llevó a cabo una fase de seguimiento para monitorear el tratamiento.

La variable independiente fue el componente activo del tratamiento del protocolo BATD-R (Lejuez et al., 2011). Se administró en dos formatos: (a) sesiones semanales de la 4 a la 6 con el grupal, implementado de forma presencial (Garcés et al., 2022) en la fase B, y (b) sesiones semanales de la 7 a la 10 con el individual (Maero et al., 2010) implementado online (videollamada) en la fase C.

La variable dependiente en este estudio fue la depresión, la cual se evaluó utilizando dos grupos de medidas. Las medidas primarias consistieron en las frecuen-

cias de conductas saludables y evitativas, definidas funcionalmente para cada participante según el BATD-R, y se registraron en el formato de monitoreo diario. Por otro lado, las medidas secundarias incluyeron la severidad de la depresión (evaluada mediante la Zung-SDS), así como la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés (evaluadas mediante la DASS-21). Además, se consideraron la Percepción de Reforzamiento Medioambiental (evaluada mediante la EROS) y los Factores de Cambio de la Activación (evaluados mediante la BADS). Estas medidas secundarias se administraron en diferentes momentos: la primera (Pre) se llevó a cabo antes de iniciar el protocolo, la segunda aplicación (Post G) se realizó en la fase Ar después de la sexta sesión del BATD-G, la tercera (Post I) se aplicó al final de la fase C después de la décima sesión del BATD-R, y la cuarta (Seguimiento) se realizó en el último encuentro de la fase de seguimiento.

Participantes

El grupo definitivo de intervención estuvo conformado por cinco personas mayores de edad, dos hombres y tres mujeres, residentes en la ciudad de Bogotá D.C. Todos los participantes estaban afiliados al régimen de salud y presentaban puntuaciones en la escala Zung-SDS entre 50 y 69, lo cual indica una severidad leve a moderada en depresión. Las edades de los participantes oscilaban entre los 23 y 33 años. Del grupo seleccionado, dos eran estudiantes universitarios, uno era tecnólogo y dos eran profesionales. Cuatro de ellos eran solteros y uno se encontraba en una relación de unión libre.

Durante la entrevista inicial, realizada de manera presencial e individual, se identificó en todos los participantes un bajo estado de ánimo, escasa participación en actividades gratificantes, dificultad para identificar actividades placenteras y afectación en el funcionamiento de sus diferentes áreas de ajuste. Cabe destacar que, para la selección del grupo se establecieron ciertos criterios de exclusión, los cuales incluían estar recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico, haber tenido intentos de suicidio en el último año, problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y presentar diagnósticos previos de Trastorno Afectivo Bipolar o de Personalidad.

Instrumentos

Formato de monitoreo diario: Autorregistro para recolectar información relevante para la AC, como patrones comportamentales saludables y evitativos, monitorear el estado de ánimo diario, y obtener medidas sobre el nivel actual de actividad. Incluyó evaluaciones de disfrute e importancia de actividades en una escala de 0 a 10 (Lejuez et al., 2011).

Environmental Reward Observation Scale -EROS- (Armento y Hopko, 2007): Escala diseñada para evaluar la percepción de reforzamiento medioambiental (constructo afín al Reforzamiento Positivo Contingente a la Respuesta -RCPR-). Consta de 10 ítems, en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde uno (totalmente en desacuerdo) a cuatro (totalmente de acuerdo). Las

validaciones colombianas (Saavedra et al., 2023; Valderrama et al., 2016) reportaron buena consistencia interna ($\alpha > .80$) en población clínica y no clínica y buenas evidencias de validez en la estructura interna unidimensional.

Escala auto aplicable de Zung para la depresión Zung-SDS: Diseñada para evaluar depresión y su severidad, cuenta con 20 reactivos, diez están de forma positiva y diez de forma negativa, las preguntas son tipo Likert de cuatro opciones (Lezama, 2012). La versión colombiana mostró adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$), un único factor principal que explica el 36,6% de la varianza, sensibilidad de 95.5% y especificidad de 70.3% (Díaz et al., 2005).

Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD): Cuenta con 25 ítems, divididos en cuatro subescalas o dimensiones Activación, Evitación/Rumiación, Afectación en el trabajo o escuela, y Afectación en el área social. Emplea una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta de cero (completamente en desacuerdo) a seis (completamente de acuerdo) (Kanter et al., 2007). La validación en la ciudad de Bogotá (Leal, 2016), reporta buena consistencia interna en la escala general ($\alpha = .92$) y entre aceptable y buena para las dimensiones (valores de .79 a .89); así como buenas evidencias de validez de su estructura interna (excelentes índices de ajuste del modelo de cuatro dimensiones y un factor de segundo orden) y de la relación con percepción de reforzamiento medioambiental y depresión.

Depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21): Consta de 21 ítems, divididos en tres subescalas, depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18); con cuatro opciones de respuestas tipo Likert (0: No me ha ocurrido; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo) (Ruiz et al., 2017). Las propiedades psicométricas de la escala en Colombia muestran índices de consistencia interna entre buenos y excelentes para cada una de las subescalas (valores α entre .80 y .92) (Ruiz et al., 2017).

PROCEDIMIENTO

Selección de la muestra: El grupo fue seleccionado por medio de la divulgación del proyecto de investigación en diferentes redes sociales. Se presentaron 37 personas a la convocatoria, de las cuales 15 cumplían con los criterios de inclusión. Diez autorizaron y firmaron el consentimiento informado para iniciar la implementación del protocolo BATD-G presencial.

Implementación del Protocolo: En la fase A se desarrollaron las sesiones de introducción, 1, 2 y 3 del protocolo BATD-G presencial, dirigidas al entrenamiento en Monitoreo Diario, delimitación de Áreas Vitales, Valores y Actividades y construcción de Jerarquía de Actividades. Durante tres semanas los participantes registraron el Formato de Monitoreo Diario sus actividades día a día, hora a hora, señalando el grado de Disfrute e Importancia de cada una de las actividades en una escala de 1 - 10 (1= Mínimo disfrute/importancia; 10= Máximo disfrute/importancia). En el desarrollo de las tres primeras sesiones (fase A) cinco personas desistieron de su participación por diversas razones (vinculación laboral de último momento, cambio de horario laboral o académico, no desear continuar, entre otras).

En la fase B se dio inicio al componente activo del tratamiento (planeación de actividades/Activación) con las sesiones 4, 5 y 6 del protocolo BATD-G presencial. Durante esta fase se continuó el registro del Formato de Monitoreo Diario (21 días).

La fase Ar (retirada) ocurre como producto de la interrupción de la administración del tratamiento por las medidas de confinamiento tomadas en la ciudad de Bogotá D.C. Se continuó con el registro en el Formato de Monitoreo Diario (21 días), y se llevó a cabo seguimiento vía telefónica para evaluar cambios en el estado de ánimo, motivar el diligenciamiento del registro diario y monitorear posibles situaciones atípicas o reactivas al inicio del confinamiento.

La fase C dio continuidad al tratamiento mediante la transición del formato grupal-presencial (BATD-G presencial) hacia uno individual-online (BATD-R online) a partir del inicio de las restricciones. Se continuó con las sesiones 7, 8, 9 y 10 del protocolo individual el cual tiene completa correspondencia con los objetivos y actividades de la adaptación grupal (Garcés et al., 2022), y se continuó el registro de Monitoreo Diario (28 días).

En el seguimiento, se continuó el Monitoreo Diario por tres semanas y se realizaron cuatro encuentros de forma individual y online con cada participante. En el último encuentro se administran las medidas objetivas (Zung SDS, EROS, BADS y DASS 21).

Plan de análisis de datos

Análisis visual: Con el objetivo de determinar cambios en la variable dependiente a lo largo de las fases, comparar el comportamiento, mostrar de forma gráfica y hacer la comparación de los cambios obtenidos sobre consistencia y fiabilidad de los datos se evaluó el nivel, tendencia y variabilidad en línea de base, tratamiento y seguimiento (Sanz y García, 2015).

Prueba *Tau-U*: Prueba no paramétrica que permite comparar los datos obtenidos en la línea de base y tratamiento. De acuerdo con Parker et al. (2011) esta prueba permite la medición del solapamiento de los datos entre las fases, la identificación de tendencias y el control de la tendencia positiva de la fase A. Para las pruebas de hipótesis se realizaron estimaciones con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = .05$). En los criterios del tamaño del efecto del tratamiento se tomó en cuenta el criterio de Vannest y Ninci (2015), valores de *Tau-U* $< .20$ se asocian a un tamaño del efecto pequeño, entre $.20$ y $.60$ moderado, entre $.61$ y $.79$ grande y *Tau-U* superiores a $.80$ corresponden a un tamaño del efecto muy grande.

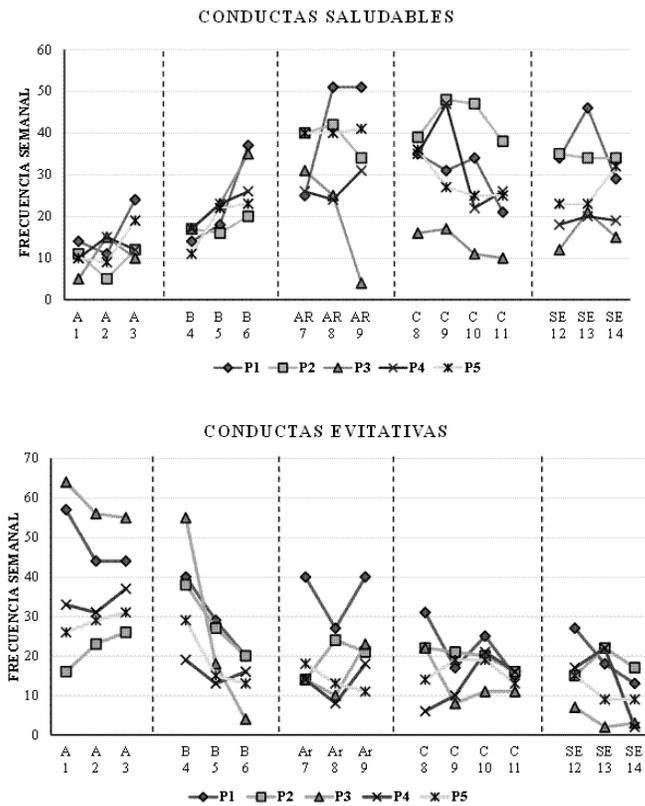
Pruebas de significancia clínica: Esta prueba permitió evaluar las hipótesis planteadas, al contrastar la hipótesis nula frente a la hipótesis alternativa, realizar comparaciones de las medidas iniciales, intermedias, finales y el seguimiento, y ver si se puede hacer o no una generalización de los datos (Armijo-Olivo, 2018).

RESULTADOS

Análisis del Efecto del Protocolo

Basados en las medidas primarias y su soporte estadístico (*Tau-U*) se presentan los resultados para los participantes (P1 a P5) y los análisis a partir de los gráficos de las series de tiempo en la Figura 1.

Figura 1. Gráfico de series de tiempo de frecuencia de conductas objeto (evitativas y saludables).



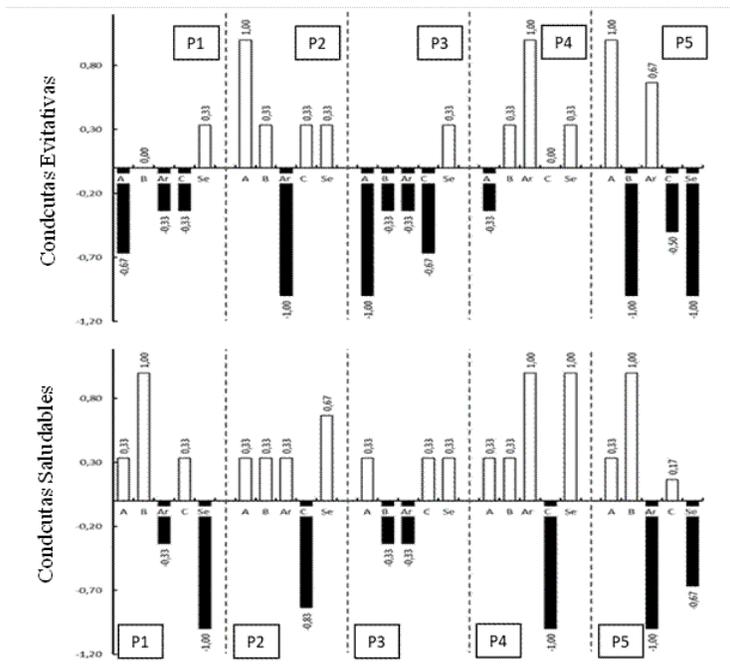
Análisis intra-fase

Al observar las gráficas de series de tiempo (ver Figura 1) se encontraron frecuencias de conductas evitativas inestables en la fase A, las tendencias tienen un tamaño del efecto entre pequeño y muy grande que no fueron significativas en ninguno de

los participantes ($Tau-U$ entre -1 y 1 , $p > .05$) como se muestra en la Figura 2. En las conductas saludables (fase A) se encontraron tendencias de algunos participantes al ser estables y otras muestran variabilidad; la prueba estadística muestra un tamaño del efecto moderado sin tendencias significativas en ninguno de los participantes ($Tau-U = .333$; $p > .05$).

En la Figura 2, se observaron los valores $Tau-U$ de las tendencias intra-fase de cada uno de los participantes. En las fases B, Ar, C y Seguimiento se presentaron tendencias no significativas de diferentes tamaños del efecto (entre pequeños y muy grandes) y dirección; a excepción de las conductas saludables del P4 en la fase C ($Tau-U = -1$, $p = .0415$). Al observar las conductas saludables todos los participantes presentaron mayores tendencias positivas (tamaño del efecto moderado a muy grande) en la mayoría de las fases. En las evitativas los P2 y P4 no presentan la tendencia esperada en la mayor parte de sus fases.

Figura 2. Valores $Tau-U$ de las fases A (línea de Base), B (BATD-RG), Ar (Retirada Forzada), C (BATD-R), Se (Seguimiento) en cada uno de los participantes (P1 a P5).



Análisis entre-fases

Conductas evitativas. En el análisis visual (Figura 1) se observaron variaciones y cambios de nivel que dan cuenta de la disminución en la frecuencia de conductas evitativas con el paso del tiempo, lo que coincide con los contrastes entre la fase A

con las demás fases del ponderado de todos los participantes (ver Tabla 1) con valores *Tau-U* negativos, significativos ($p < .05$) y tamaño del efecto moderado ($Tau-U > .466$) y grande ($Tau-U > .633$).

Tabla 1. Estadístico *Tau-U* de comparación entre fases y valores p de las Frecuencias de Conductas saludables y evitativas.

Todos los Participantes (ponderado)	Conductas saludables				Conductas evitativas				
	TAU	Var-TAU	p	[IC95%]	TAU	Var-TAU	p	[IC95%]	
A vs B	.711	.228	.002	[.265, 1]	-.467	.228	.040	[-.913, -.020]	
A vs Ar	.956	.228	.000	[.509, 1]	-.533	.228	.019	[-.979, -.087]	
A vs C	.767	.211	.000	[.354, 1]	-.633	.211	.003	[-1, -.220]	
A vs Se	1	.228	.000	[.554, 1]	-.689	.228	.003	[-1, -.243]	
Contraste por participante	Conductas saludables				Conductas evitativas				
	TAU	SD	p	[IC 90%]	TAU	SD	p	[IC 90%]	
P1	A vs B	.444	4.583	.383	[-.393, 1]	-1	45.826	.049	[-1, -.162]
	A vs Ar	1	4.583	.049	[.162, 1]	-1	45.826	.049	[-1, -.162]
	A vs C	.833	5.657	.077	[.058, 1]	-1	56.569	.034	[-1, -.225]
	A vs Se	1	4.583	.049	[.162, 1]	-1	45.826	.049	[-1, -.162]
P2	A vs B	1	4.583	.049	[.162, 1]	.667	4.583	.190	[-.171, 1]
	A vs Ar	1	4.583	.049	[.162, 1]	.667	4.583	.190	[-.171, 1]
	A vs C	1	5.657	.034	[.225, 1]	.5	5.657	.289	[-.275, 1]
	A vs Se	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.222	4.583	.663	[-1, .615]
P3	A vs B	.333	4.583	.513	[-.504, 1]	-.889	4.583	.081	[-1, -.051]
	A vs Ar	.778	4.583	.127	[-.060, 1]	-1	4.583	.049	[-1, -.162]
	A vs C	0	5.657	1	[-.775, .775]	-1	5.657	.034	[-1, -.225]
	A vs Se	1	4.583	.049	[.162, 1]	-1	4.583	.049	[-1, -.162]
P4	A vs B	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.778	4.583	.127	[-1, .060]
	A vs Ar	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.778	4.583	.127	[-1, .060]
	A vs C	1	5.657	.034	[.225, 1]	-.667	5.657	.157	[-1, .109]
	A vs Se	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.333	4.583	.513	[-1, .504]
P5	A vs B	.778	4.583	.127	[-.060, 1]	-.333	4.583	.513	[-1, .504]
	A vs Ar	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.556	4.583	.275	[-1, .282]
	A vs C	1	5.657	.034	[.225, 1]	-1	5.657	.034	[-1, -.225]
	A vs Se	1	4.583	.049	[.162, 1]	-.889	4.583	.081	[-1, -.051]

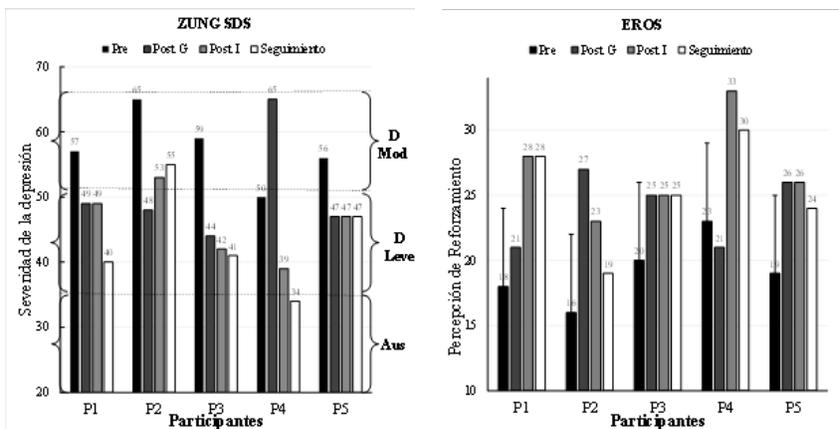
Conductas saludables. En el análisis visual (Figura 1) se observaron las variaciones y cambios entre las fases con incremento en las conductas saludables en todos los participantes, a excepción del P3 (ver figura 1). Esto coincide con los contrastes de la fase A con las demás fases del ponderado de todos los participantes (ver Tabla 1) con Valores *Tau-U* que indican incremento, significativo ($p < .05$) y tamaños del efecto grandes ($Tau-U > .711$) y muy grandes ($Tau-U > .955$)

En las pruebas de hipótesis verificadas con el *Tau-U* de los contrastes entre línea de base y las demás fases de todos los participantes (ponderado), se observaron tamaños del efecto grandes y muy grandes positivos y significativos ($p < .05$) en las conductas saludables y tamaños del efecto de pequeños a grandes negativos y significativos ($p < .05$) en las conductas evitativas (Todos los participantes, Tabla 1). Adicionalmente, en la Tabla 1 se presentan las pruebas de hipótesis verificadas de los contrastes entre fases en cada uno de los participantes con el estadístico *Tau-U*, para conductas saludables y evitativas.

Análisis de las medidas secundarias

Severidad de la Depresión. Los resultados de la Zung-SDS mostraron disminución de las puntuaciones de la severidad de la depresión en todos los participantes (ver Figura 3). Se observaron cambios de severidad moderada a subclínica en los P1, P3 y P5 al comparar Pre y Seguimiento. En el P2 se encontraron menores puntuaciones de depresión, sin embargo, en el seguimiento se mantienen en severidad Media. El P4 presentó ausencia de depresión en el seguimiento.

Figura 3. Puntuaciones de las medidas secundarias en severidad de la depresión (Zung-SDS) y percepción de reforzamiento medioambiental (EROS) de los cinco participantes.

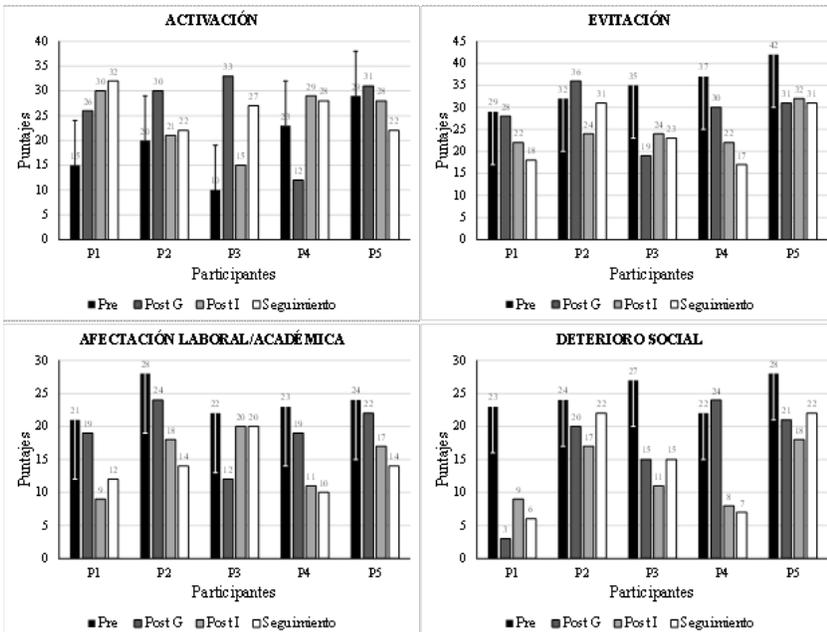


Nota: D Mod= Depresión moderada, D Leve= Depresión Leve, Aus=Ausencia de Depresión

Percepción de Reforzamiento Medioambiental. En la Figura 3, se observan los resultados obtenidos de la EROS, se analizaron con base al índice de Jacobson y Truax (1991), el cual determina cambio clínicamente significativo a partir de 6 puntos ($RCCrit= 6.01$). Todos los participantes incrementaron las puntuaciones de Percepción de Reforzamiento Medioambiental; los P1, P2, P4 y P5 cumplieron el $RCCrit$ al comparar la medida pre con alguna de demás. El P3 presentó aumento del reforzamiento medioambiental, pero no cumplió el $RCCrit$.

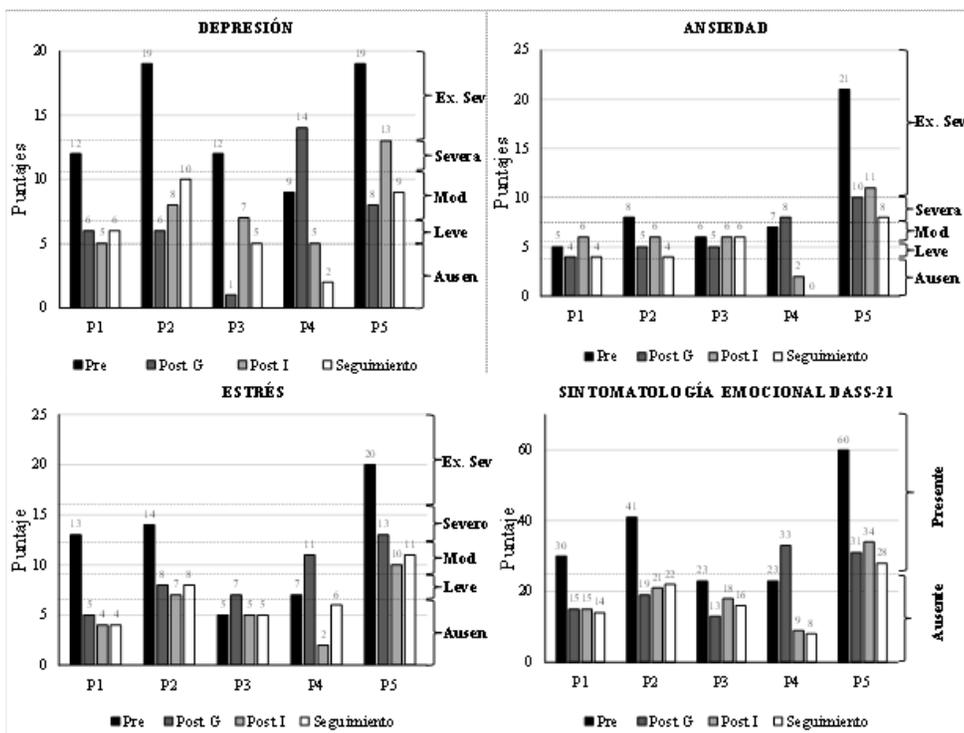
Factores de Cambio y Afectación en AC. En el análisis de los datos obtenidos de la BADS (Figura 4) la dimensión afectación laboral/académica, en los P1, P2, P4 y P5 se encontró un cambio clínico al comparar las medidas Pre con Seguimiento ($RCCrit= 9$). El P3 no mostró disminución significativa entre el Pre y Seguimiento, sin embargo, al comparar Pre con Post G se observó una diferencia significativa. En la dimensión deterioro social todos los participantes presentaron disminución en las puntuaciones, los P1, P3 y P4 mostraron cambio clínicamente significativo ($RCCrit= 7$) al comparar las medidas Pre y Seguimiento. La dimensión de evitación presentó disminución en los puntajes de todos los participantes, los P3 y P4 presentaron un cambio clínico confiable ($RCCrit= 12$) al comparar la medida Pre con Seguimiento. El P2 no presentó mayores variaciones en las comparaciones Pre y Seguimiento. Por último, en la dimensión de activación todos los participantes presentaron un incremento al comparar las medidas Pre con alguna de las otras, los P1, P2 y P3 presentaron un cambio clínico ($RCCrit= 9$).

Figura 4. Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento de los factores responsables del cambio (Dimensiones de la BADS).



Sintomatología emocional. En las puntuaciones de la DASS 21 (ver Figura 5) se encontró ausencia de sintomatología emocional general en todos los participantes en el Seguimiento, a excepción del P5. En sintomatología depresiva se dieron cambios en el nivel de severidad en todos los participantes. Los P2 y P5 mantuvieron niveles de sintomatología depresiva severa en el Seguimiento. En sintomatología ansiosa las comparaciones entre el Pre y Seguimiento mostraron disminución en el nivel de severidad de los P1, P2, P4 y P5; el P5 pasó de ansiedad extremadamente severa a severa. En los niveles de estrés los P1, P2, P4 y P5 disminuyeron sus puntuaciones, con cambios de severidad en las comparaciones Pre y Seguimiento.

Figura 5. Puntuaciones de las medidas Pre, Post G, Post I y Seguimiento de la depresión, Ansiedad, Estrés y Sintomatología emocional general en cada uno de los participantes.



Nota: Participantes: P1, P2, P3, P4 y P5; Ex. Sev= extremadamente severa/o, Mod=Moderado/a, Ausen=Ausente

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo medir el efecto de la AC administrada bajo la combinación de dos modalidades (presencial y online) y dos formatos (grupal e individual). Debido a las medidas de confinamiento se logró evaluar si el protocolo de Activación Conductual, conocido como BATD, mantuvo su estructura y coherencia, incluso al ser aplicado en diferentes formatos y modalidades. Estos cambios en la forma de administración tuvieron implicaciones en varios aspectos, como el “lugar” donde se llevó a cabo la terapia, la cantidad de personas involucradas en la interacción, la profundización en las problemáticas individuales, el tiempo de interacción, la revisión de los registros de monitoreo diario y el cumplimiento de las actividades planificadas, así como la calidad de la relación terapéutica establecida. Se encontró que el protocolo se adaptó exitosamente y fue compatible en estas modalidades y formatos. Durante el desarrollo de la intervención, se demostró la posibilidad de cambiar de una modalidad o formato a otro, lo cual resulta particularmente útil en momentos de incertidumbre social y económica, así como en situaciones en las que se limita el acceso a fuentes de reforzamiento. Tras la implementación del protocolo BATD en sus diferentes formatos y modalidades, se observó un efecto positivo en la adopción de conductas saludables y en la reducción de conductas evitativas, con cambios clínicamente significativos en la percepción del reforzamiento ambiental, los niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como en la activación conductual en individuos diagnosticados con depresión.

Los cambios encontrados en la frecuencia de conductas evitativas (disminución) y saludables (incremento) dan cuenta del efecto que presentó la AC en el patrón comportamental de los participantes. Por lo que, la tasa de respuesta de una alternativa es similar o igual a la tasa de reforzamiento que dicha alternativa recibe (Hopko et al., 2003) y el valor de reforzamiento es equivalente al esfuerzo y tiempo invertido cuando se realizan conductas saludables en comparación con las conductas evitativas (Bianchi y Henao, 2015).

Todos los participantes presentaron cambios en la severidad de la depresión en las medidas Pre y Seguimiento, con excepción del participante 2 que permaneció en nivel moderado. Las puntuaciones Pre y Seguimiento de la Escala de Observación de Recompensa Medioambiental (EROS), presentaron cambios significativos en tres de los cinco participantes; estos resultados son acordes con los obtenidos en la adaptación y pilotaje del BATD-G realizados por Garcés et al. (2022). En ese trabajo se concluyó que la AC incrementa la posibilidad de acceso a reforzadores y favorece una postura activa frente al proceso de entrenamiento y aprendizaje; lo cual disminuye los síntomas depresivos y aumenta el reforzamiento medioambiental; facilitando el desarrollo de habilidades para el automonitoreo, estructuración y planeación de actividades saludables, resolución de problemas y activación en la red de apoyo social (Ramírez-Cruz et al., 2023).

Frente a los factores de cambio de la AC (BADs), se observó que tres de los cinco participantes presentaron mejoría en las dimensiones de Activación, Evitación/Rumiación, Afectación Laboral/Académica y Deterioro Social. El P1 logró cambios esperados en las cuatro dimensiones. Estos resultados concuerdan con los

obtenidos en otros estudios en Colombia (Garcés et al., 2022), con efectos significativos en la disminución de los síntomas depresivos tanto en adultos diagnosticados con depresión como en universitarios. El P2, en las dimensiones de activación y evitación, no logró cumplir con los criterios de cambio, ni el cambio de severidad de la escala Zung-SDS; además, reportó dificultades en la convivencia con familia y dificultad para conseguir trabajo en inicio de pandemia por COVID-19.

Los resultados obtenidos en la DASS 21, mostraron cambios en los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en los participantes. Estos resultados son similares a los recopilados por Chen et al. (2013) que refieren mayor decremento en la dimensión de depresión, y concuerdan en la disminución de los síntomas depresivos a lo largo de la intervención. Sin embargo, la selección de la muestra del presente estudio no estuvo en función de la comorbilidad ni de la sintomatología emocional elevada en las tres dimensiones.

Es importante considerar que el formato grupal facilita el aprendizaje de conductas adaptativas y estrategias de afrontamiento, gracias a que es un contexto donde se presentan verbalizaciones de aceptación, normalización y apoyo (Correa, 2016; Marogna y Caccamo, 2014). Adicionalmente, las intervenciones grupales y virtuales tienen características útiles para enfrentar algunos retos asociados con la prestación de servicios de salud. En primer lugar, son más económicas, lo cual facilita la disminución de costos y el mantenimiento en la intervención. Además, están disponibles para una mayor cantidad de personas, lo cual facilita la oportunidad en el acceso y la cobertura ante la alta demanda (Masís et al., 2010; Üstün et al., 2004). Por otro lado, son más versátiles, lo que permite una mayor adaptación a las necesidades relacionadas con el horario y el desplazamiento de los usuarios. En consecuencia, las intervenciones grupales y virtuales pueden contribuir con mejorar accesibilidad, cobertura y eficiencia en la prestación de servicios de salud (Obando-Posada et al., 2017).

Por otra parte, diferentes estudios reportan las afectaciones psicológicas relacionadas con la pandemia del COVID-19, como aislamiento social, aumento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés; cambios en las dinámicas familiares y sociales (Inchausti et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020). Esto daría cuenta de los datos encontrados en todos los participantes, en especial el participante 2, en las diferentes escalas de medición. En la dimensión de activación (BADS) los participantes 2 y 5 disminuyen las puntuaciones cuando inicia el confinamiento preventivo en las mediciones Post I y Seguimiento.

La modalidad online e individual permitió dar solución a una de las dificultades presentadas en las intervenciones presenciales y grupales, en lo referente al efecto de reactividad a la evaluación (Sánchez, 2002), lo que corroboraron los participantes durante el desarrollo de la fase C al referir la importancia de la privacidad de la sesión individual. En la modalidad virtual se presentaron fallas de conexión de red, en especial con uno de los participantes que debido a las medidas de aislamiento permaneció en una ciudad distinta; tanto las fallas de conexión como la pérdida de algunos elementos no verbales en las videollamadas son factores para considerar en futuras investigaciones (Macías y Valero, 2018; Melchioriet al., 2011; Muriel, 2012).

La aplicación del BATD-R tal como fue realizado en este estudio permitió dar cuenta de las ventajas que ofrece el protocolo. La flexibilidad de la intervención al momento de realizar la aplicación en las dos modalidades (presencial y online) y formatos (grupal e individual), mostró resultados favorables en la activación y/o incremento de actividades saludables en los participantes, acorde con diversos metaanálisis de la AC (Huguet et al., 2018; Stein et al., 2021). De acuerdo con los resultados encontrados y los reportes verbales de los participantes no se identificaron dificultades al cambiar la modalidad y el formato de intervención.

Con relación a las limitaciones se identificaron amenazas a la validez interna dadas las características individuales y las fuentes de error (variaciones en los puntajes sintomáticos, edades, historia, maduración, entre otras). Debido a las condiciones de aplicación, el formato grupal y las implicaciones éticas de la espera no fue posible consolidar la estabilidad de línea de base; se tienen fases con solo tres puntos de medida que conllevan a interferir en la estimación de significancia en las pruebas de no solapamiento. Por otro lado, los posibles efectos de novedad por la presencia de una persona ajena a la cotidianidad y la administración del tratamiento per se, se podrían constituir en amenazas a la validez externa. Adicionalmente, por el tamaño de la muestra, es difícil generalizar los hallazgos a una población más amplia. Por último, no contar con línea de base múltiple o grupo control dificulta establecer relaciones causales o determinar si los cambios observados son realmente atribuibles a la intervención o a otros factores.

En cuanto a las fuentes de error, es importante mencionar que las medidas restrictivas implementadas en respuesta a la pandemia del COVID-19 generaron condiciones que dificultaron el acceso a reforzadores para conductas saludables y fomentaron las conductas evitativas. Los participantes estaban expuestos a factores ambientales que incluían la falta de reforzamiento contingente a las respuestas, desregulación emocional y exceso de castigo (Kanter et al., 2005). A pesar de estas dificultades, se observaron cambios terapéuticos durante el estudio. Sin embargo, no es posible cuantificar en qué medida las restricciones moderaron el efecto de la intervención.

Es importante tener en cuenta que parte de la eficacia del programa de intervención dependió de variables individuales y contextuales que resultaron difíciles de controlar. Estas variables incluyeron cambios en los horarios y escenarios en los que se desarrollaban las actividades, la implementación del teletrabajo y las responsabilidades diarias de los participantes. Dichos factores pueden influir en los resultados y la efectividad del programa, pero su impacto exacto no puede ser cuantificado debido a su naturaleza individualizada y contextual.

Por último, se concluye que, pese a las limitaciones presentadas durante la investigación, la aplicación BATD-R administrado de manera secuencial en dos formatos y modalidades de intervención respalda la eficacia de la AC en la disminución de las conductas evitativas, los niveles de depresión, ansiedad y estrés, y el incremento en las conductas saludables, percepción reforzamiento medioambiental y factores de cambio. Las características de la aplicación de esta investigación generan preguntas relacionadas con: sesiones necesarias para el cambio, alternancia y flexibilidad en los formatos y modalidades de intervención de la AC. Las ventajas

identificadas podrían explorarse como alternativas para personas ubicadas en zonas de difícil acceso geográfico, que no tienen un lugar de vivienda fijo, en condición de migración, o que por diversas razones no pueden darle continuidad a una atención presencial.

REFERENCIAS

- Álvarez-Mon, M., Vidal, C., Llaverro-Valero, M., y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041–5051. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>
- Araya R., Menezes, P.R., Claro H. G. et al. (2021) Effect of a Digital Intervention on Depressive Symptoms in Patients With Comorbid Hypertension or Diabetes in Brazil and Peru: Two Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 325(18),1852–1862. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4348>
- Armento, M., y Hopko, D. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.003>
- Armijo-Olivo, S. (2018). The importance of determining the clinical significance of research results in physical therapy clinical research. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(3), 175. <https://doi.org/10.1016%2Fj.bjpt.2018.02.001>
- American Psychological Association. (2022). 12 Division: Treatment Target: Depression. <https://div12.org/diagnosis/depression/>
- Bianchi-Salguero, J. M., y Muñoz-Martínez, A. M. (2014). Behavioral activation: historical, conceptual, and empirical review. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 8(2), 83-93. <https://doi.org/10.21500/19002386.1223>
- Bianchi, J., y Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Chan, A. T. Y., Sun, G. Y. Y., Tam, W. W. S., Tsoi, K. K. F., y Wong, S. Y. S. (2017). The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 208, 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.026>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., y Pillay, P. (2013). Behavioral activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Correa, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 6(2), 51-59. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., y Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Dahne, J., Collado, A., Lejuez, C. W., Risco, C. M., Diaz, V. A., Coles, L., Kustanowitzg, J., Zvolensky, M., y Carpenter, M. J. (2019). Pilot randomized con-

- trolled trial of a Spanish-language Behavioral Activation mobile app (¡Aptivate!) for the treatment of depressive symptoms among united states Latinx adults with limited English proficiency. *Journal of Affective Disorders*, 250, 210-217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.009>
- Díaz, L., Campo, A., Rueda, G., y Barros, J. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colombia Médica*, 36(3), 168-172. <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9016/1/rc05038.pdf>
- Garcés Rojas, D. A., Romero Moreno, P. C., Bianchi Salguero, J. M., y Montoya, C. E. (2022). Protocolo grupal BATD-R: Adaptación y efecto en estudiantes con síntomas depresivos. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 30(1), 7-28. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/81388>
- González-Terrazas, R. y Campos, M. G. (2021) Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 175-195. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274571372011>
- Han, A., y Kim, T. H. (2022). Effects of internet-delivered behavioral activation on individuals with depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 104-118. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.031>
- Heffner, J., Watson, N., Serfozo, E., Mull, K., MacPherson, L., Gasser, M., y Bricker, J. B. (2019). A Behavioral Activation Mobile Health App for Smokers with Depression: Development and Pilot Evaluation in a Single-Arm Trial. *JMIR formative research*, 3(4), e13728.
- Hernández, J. V., y Barrera Robledo, M. E. (2021). Management of depressive disorder. What treatment to choose? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 85-91.
- Hershenberg, R., Smith, R. V., Goodson, J. T., y Thase, M. E. (2018). Activating Veterans Toward Sources of Reward: A Pilot Report on Development, Feasibility, and Clinical Outcomes of a 12-Week Behavioral Activation Group Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 57-69. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.04.001>
- Huguet, A., Miller, A., Kisely, S., Rao, S., Saadat, N., y McGrath, P. J. (2018). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Internet-delivered behavioral activation. *Journal of affective disorders*, 235, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.073>
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J., y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Jacobson, N., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10109-042>
- Kanter, J., Cautilli, J., Busch, A. y Baruch, D. (2005). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6(1), 65-81. <https://doi.org/10.1037/h0100055>

- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., y Martell, C. (2007). The behavioral activation for depression scale (BADS): psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191–202. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5>
- Leal, D. A. (2016). Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS): Confiabilidad, Estructura Interna y otras Evidencias de Validez en Bogotá. (Tesis de Maestría en Psicología Clínica). Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., y Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lezama, S. R. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psicología Avances de la disciplina*, 6(1), 91-101.
- Macías M., J.J. y Valero A., L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113. <https://doi.org/10.55414/ap.v36i1-2.717>
- Maero, F., Mathot, M.L., y Principi, C. (2010). Manual revisado para Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R). (unpublished manual).
- Marogna, C., y Caccamo, F. (2014). Analysis of the process in brief psychotherapy group: the role of therapeutic factors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 43-51. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2014.161>
- Masis, D. P., Gómez-Restrepo, C., Restrepo, M. U., Miranda, C., Pérez, A., Espriella, M., ... Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465–480. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60219-5](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60219-5)
- Melchiori, J.A., Sansalone, P.A. y Borda, T. (2011). Psicoterapias on-line: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece internet para la psicoterapia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-052/48>
- Mercado, R. G. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del COVID-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2640>
- Muriel, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista virtual Universidad católica del Norte*, 1(35), 346-365. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362018>
- Obando-Posada, D., Romero-Porras, J., Trujillo-Cano, A., y Prada-Mateus, M. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. *Psychologia*, 11(1), 85-96.

- Organización Mundial de la Salud (2018). Organización mundial de la salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- O'Mahen, A., Moberly, J., y Wright, A. (2018). Trajectories of Change in a Group Behavioral Activation Treatment for Severe, Recurrent Depression. *Behavior Therapy, 50*(3), 504-514. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.007>
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., y Sauber, S. B. (2011). Combining non-overlap and trend for single-case research: *Tau-U. Behavior Therapy, 42*(2), 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Ramírez-Cruz, J. C., Bianchi, J. M., Santana-Cárdenas, S., Javier-Juárez, S. P. y Franco-Paredes, K. (2023). Eficacia de las Terapias Online de Activación Conductual y Cognitivo Conductual para el Tratamiento de la Depresión en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia. *Terapia Psicológica (En línea), 41*(1), 87-109. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000100087>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303/358>
- Reyes-Parra, P. A., Uribe, J. I., y Bianchi, J. M. (2019). Effectiveness of a single session protocol of behavioral activation in college students with depressive symptomatology. *International journal of psychology and psychological therapy, 19*(1), 5-14. <https://www.ijpsy.com/volumen19/num1/503.html>
- Reyes-Buitrago, P. L., Bianchi, J. M., Suárez-Falcón, J. C., y Ruiz, F. J. (2023). Psychometric properties of the Reward Probability Index in a Colombian Sample. *Revista Latinoamericana de Psicología, 55*, 1-9. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.1>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., y Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*, 97-105. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56049624007.pdf>
- Saavedra, E. S., Bianchi, J. M., y Villalba, J. A. (2023). Escala de Percepción de Reforzamiento Medioambiental (EROS): evidencias de validez en una muestra colombiana. *Suma Psicológica, 30*(1), 21-29. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2023.v30.n1.3>
- Sánchez, J. (2002). Psicología de los Grupos. *Teorías, Procesos y Aplicaciones*. Bogotá: Ed McGraw Hill
- Sánchez-Angulo, J., Barraca, J., Mora, E. J., y Reyes-Ortega, M. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) en una muestra mexicana. *Clínica y Salud, 29*(3), 151-155.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud, 26*(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>

- Sihag, A., y Kumar, R. (2020). Coping with psychosocial and political issues of COVID-19 pandemic: moderating effect of media. *Purakala Journal*, 31, 48-54.
- Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., y Waller, G. (2019). Acceptability and Efficacy of Group Behavioral Activation for Depression among Adults: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(5), 864-885. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-510.1016/j.beth.2019.01.003>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., y Smits, J. A. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184(05), 386-392. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
- Valderrama-Díaz, M. A., Bianchi-Salguero, J. M., y Villalba-Garzón, A. A. (2016). Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana. *Universitas Psychologica*, 15(4). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vero>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., y Trucharte, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis del COVID-19: respuestas psicológicas. *Universidad Complutense de Madrid*. <https://www.ucm.es/tribunacomplutense/revcul/tribunacomplutense/doc24997.pdf>
- Vélez, M., y Carrascal, P. (2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. *Katharsis*, (23), 189-217. <https://doi.org/10.25057/25005731.871>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

(Received: May 26, 2023; Accepted: July 24, 2023)