

Protocolo grupal BATD-R: Adaptación y efecto en estudiantes con síntomas depresivos

(Group protocol BATD-R: Adaptation and effect in students with depressive symptoms)

**Diego Alejandro Garcés Rojas, Paola Carolina Romero Moreno,
Javier Mauricio Bianchi¹ Salguero y Carlos Eduardo Montoya**

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

(Colombia)

RESUMEN

Esta investigación buscó adaptar a formato grupal el protocolo Breve de Activación Conductual para Depresión - *BATD-R* (Lejuez *et al.*, 2011), y evaluar su efecto sobre las conductas depresivas y saludables en un grupo de universitarios con síntomas depresivos mediante un diseño de caso único AB con seguimiento. Se obtuvo excelente consistencia en las calificaciones realizadas por tres evaluadores del *BATD-G* ($K_{jve} = .85$; 95% $IC = [.65, 1.00]$). Posteriormente, se probó su efecto en siete estudiantes universitarios mayores de edad con sintomatología depresiva leve y moderada. El análisis visual y pruebas *tau-U* mostraron efectos significativos sobre las frecuencias de las conductas depresivas ($tau-U = -.58, p = .00$) y saludables ($tau-U = .92, p = .00$), al comparar la fase A con el seguimiento. Las comparaciones de las puntuaciones de las escalas aplicadas evidenciaron la disminución de la sintomatología depresiva (Zung SDS) en las medidas antes y después del tratamiento, y un incremento significativo en la Percepción de Refuerzo Medioambiental (EROS) en 5 de los 7 participantes. El *BATD-G* se constituye en un protocolo prometedor para tratar la sintomatología depresiva por las ventajas de la administración de una terapia grupal.

Palabras clave: activación conductual, depresión, terapia grupal, conductas depresivas, conductas saludables, refuerzo medioambiental.

1) La correspondencia relacionada con este artículo debe enviarse a Javier Mauricio Bianchi Salguero, al correo electrónico: javierm.bianchis@konradlorenz.edu.co

ABSTRACT

This research was aimed to adapt the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD-R) (Lejuez et al., 2011) to a group format, and evaluate its effect on healthy and depressive behaviors of a group of college students with depressive symptoms using an experimental single-case AB design with follow-up. Three judges with experience and training in AC management assessed the level of adaptation of the treatment session by session with a Likert scale from 1 to 5. An excellent consistence in its quantitative assessments ($K_{free} = .85$; 95% IC= [.65, 1.00]) and high agreement (87.9%) was found. Means under 5 in each session were taken as an indicator of revision and adjusting. In eight out of the eleven assessed sessions, means equal to the maximum assessment ($M=5.0$) were reached. In the preliminary session ($M=4.0$; $D.E.=0$), a space to foster motivation and specify the structure of the treatment was implemented. In sessions 1 ($M=4.7$; $D.E.=0.6$) and 3 ($M=4.7$; $D.E.=0.6$) minimal adjustments were made. To assess the effect of the treatment, 100 college students with subclinical depression according to the Zung SDS scale (35 or over) were chosen; nine gave their consent and two drop out the process. After the whole application with seven participants, its effect on depressive symptomatology from mild to moderate was tested. The visual analysis, τ - U tests as well as pre and post treatment comparisons of the scales demonstrated significant effects on the frequencies of healthy (τ - $U = .92$, $p=.00$) and depressive (τ - $U = -.58$, $p=.00$) behaviors in the comparison A-monitoring. A decrease of the depressive symptomatology measured by the Zung SDS scale was observed when comparing the pre ($M=43.4$; $D.E.=5.8$) and post ($M=40.3$; $D.E.=8.4$) treatment measures and monitoring ($M=35$; $D.E.=5.6$). All participants had a decrease in the score of the Zung SDS test with severe changes according to the cut points suggested in three of them. Regarding the Environmental Reward Observation Scale (EROS), a progressive increase in the score of the pre ($M=25.0$; $D.E.=3.5$) and post ($M=29.7$; $D.E.=3.9$) treatment and monitoring ($M=32.6$; $D.E.=3.9$) was evidenced. Five out of the seven participants obtained measures over RC_{crit} , which shows a significant increase, from a clinical point of view, in the score of the EROS. The BATD-G could be a promising treatment to treat the depressive symptomatology since it would provide a higher efficiency due to the advantages of group therapy.

Keywords: behavioral activation, depression, group therapy, healthy behaviors, depressive behaviors, Environmental Reward.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y ocupa los primeros lugares en las tasas de enfermedad a nivel global, con una afectación de más de 300 millones de personas (OMS, 2021). En Colombia las proyecciones indican que la depresión unipolar será la primera causa general de consulta (Posada, 2013; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En población universitaria los índices de prevalencia del trastorno y síntomas depresivos son altos (Páez & Peña, 2018; Arrieta et al., 2013; Zancan et al., 2020), en Colombia es uno de los principales motivos de consulta en los servicios universitarios de atención a estudiantes (Galaz et al., 2012). Factores estresores como la sobrecarga académica (Abarca et al., 2021), temor frente al futuro profesional, competitividad entre compañeros, adaptación a la vida universitaria (Gutiérrez et al., 2010), problemas familiares, psicosociales, económicos, laborales (Jaramillo, et al., 2018; Riveros et al., 2014) e incluso variables asociadas a la estructura de personalidad (Barraza et al., 2017) se relacionan con el desarrollo de la depresión.

En las últimas décadas gran parte de la producción investigativa en depresión se ha centrado en el diseño y efecto de los tratamientos para paliar los síntomas depresivos. De acuerdo con la división 12 de la Asociación Americana de Psicología (Society of Clinical Psychology, 2021) los tratamientos con apoyo empírico para la depresión son más de 10; dentro de los más referidos en la literatura se encuentra la Terapia Cognitiva para la Depresión (Beck, 2000; Beck et al., 1979), Terapia de Solución de Problemas para Depresión (D’Zurilla & Goldfried, 1971), La Terapia de Activación Conductual (Martell et al., 2001; Lejuez et al., 2001), entre otras.

En diferentes meta-análisis de la Terapia de Activación Conductual (AC) se ha documentado su efectividad en el tratamiento de los trastornos afectivos en diversas poblaciones (adolescentes, adultos, adultos mayores, comorbilidad con enfermedades crónicas), con distintos formatos de administración (individual, grupal, por internet, como tratamiento residencial), con poder de diseminación (administración de tratamiento por no especialistas) y es considerada una intervención pragmática y parsimoniosa (Ekers et al., 2014; Santos et al., 2019; Yi et al., 2020).

La alta prevalencia e incidencia de la depresión requiere de disponibilidad de servicios en salud, cobertura, personal calificado, entre otros recursos. Sin embargo, factores como los altos costos en tratamientos, bajos niveles de prioridad en las agendas de salud pública, ausencia de políticas enfocadas en prevención y tratamiento, restricción de la prescripción de medicamentos, bajos acceso a servicios de salud (Masís et al., 2010), barreras de índole geográfico, financiero; así como, factores actitudinales o comportamentales tales como el desconocimiento (González et al., 2016) exigen el desarrollo de estrategias que permitan optimizar los recursos disponibles y que resulten efectivas para el tratamiento de los trastornos afectivos.

Las terapias grupales constituyen una alternativa que posibilita intervenir a más personas con los mismos recursos requeridos en sesiones individuales, además, puede acelerar el proceso en la psicoterapia (Soleimani et al., 2015) al disminuir la conducta problema y reforzar los comportamientos objeto de intervención (Vandenberghe, 2015). Adicionalmente, intervenir de forma grupal también posibilita la relación entre personas con problemas similares, ejerce un efecto de motivación

y la AC aporta un contexto funcional para nuevos repertorios conductuales que son de difícil acceso en intervenciones individuales (Sánchez et al., 2011).

La presente investigación tuvo como objetivos adaptar y validar el protocolo Breve de Activación Conductual para Depresión, BATD-R (Lejuez et al., 2011), a formato grupal (BATD-G), y evaluar su efecto sobre las conductas depresivas y saludables en un grupo de universitarios con síntomas depresivos.

MÉTODO

Diseño y Variables

El efecto del protocolo adaptado se evaluó mediante un diseño de caso único A-B con seguimiento. La Fase A correspondió a las tres primeras sesiones del protocolo, en la cual los siete participantes registraron durante 14 días las actividades que realizaban hora a hora, en el *formato de monitoreo diario*. En la Fase B se administraron las siete sesiones del protocolo orientadas a la planeación de actividades y los participantes continuaron el registro durante 49 días. Una vez finalizadas las 10 sesiones del protocolo, se realizó el monitoreo diario de las conductas objetivo durante dos semanas más.

Las variables dependientes se dividieron en primarias (conductas objeto) y secundarias. Las primarias definidas funcionalmente como depresivas y saludables de acuerdo con el protocolo BATD-R y registradas por los participantes en el *formato de monitoreo diario*. Las medidas secundarias se obtuvieron de las puntuaciones obtenidas de las pruebas psicométricas, que evaluaron la severidad de la depresión (Zung SDS) y la percepción de refuerzo medioambiental (EROS). Se aplicaron al inicio de la Fase A (pre-tratamiento), al final de la fase B (post-tratamiento) y un mes después de finalizado el tratamiento (seguimiento).

En las primeras tres sesiones se llevó a cabo el monitoreo diario, evaluación de áreas vitales, valores, actividades y generación de la jerarquía de activación, que fueron el insumo para la línea de base y el preámbulo del tratamiento. La variable independiente correspondió a las actividades realizadas a partir de la cuarta sesión del protocolo, en las que se dio inició a la planeación de actividades (activación), que es el componente activo del tratamiento.

Participantes

La adaptación del protocolo contó con tres jueces con maestría en psicología clínica, conocimiento y experiencia en la aplicación de la terapia de Activación Conductual, y dedicados a la docencia universitaria y supervisión de prácticas en psicología clínica.

Posteriormente se seleccionó una muestra de nueve mujeres estudiantes universitarias de la ciudad de Villavicencio (Colombia), con edades entre los 18 y 27 años, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: Tener 18 años o más, estudiante universita-

rio y con puntuaciones en la Zung SDS entre 35 y 67 puntos (nivel de depresión subclínica a moderada). Como criterios de exclusión se consideraron: Reportes de tratamiento farmacológico o psicológico actual, antecedentes relacionados con episodios maníacos o psicóticos, problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, diagnóstico de enfermedad crónica y alteraciones de orden endocrino que pudieran estar relacionadas con cambios en el estado de ánimo. La verificación de estos criterios se llevó a cabo a través de un cuestionario autodiligenciable de datos sociodemográficos construido por los investigadores y entrevista clínica.

Instrumentos

Depresión

Se empleó la *Escala autoaplicada para la Depresión de Zung (Zung SDS)*, que consta de 20 afirmaciones en escala Likert con cuatro opciones que van desde “nada o pocas veces” hasta “la mayoría de las veces o siempre”. Validada con diferentes muestras en Colombia (Campo et al., 2006; Cogollo et al., 2006; Lezama, 2012; Rivera et al., 2007) que ha mostrado buena consistencia interna en población universitaria ($\alpha=.85$) y es un instrumento de tamizaje con alta sensibilidad (IC 95%=[90.5;99.7]) y aceptable especificidad (IC 95%=[56.3;76.3]) en la identificación de posibles casos de Episodio Depresivo Mayor en mujeres universitarias (Campo-Arias et al., 2005).

Percepción de Recompensa desde el Entorno

Se aplicó la Environmental Reward Observation Scale (EROS) (Armento & Hopko, 2009) para el contraste entre medidas pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Proporciona información relacionada con la cantidad y disponibilidad de refuerzo obtenido desde el entorno o ambiente y es coherente con los fundamentos teóricos de la AC (Barraca & Pérez-Álvarez, 2010). La versión colombiana (Valderrama et al., 2015), mostró adecuadas propiedades psicométricas con buena consistencia interna ($\alpha=.87$), correlación negativa moderada ($r= -.67$) con la escala Zung SDS como evidencia de validez divergente, evidencias de una estructura unidimensional que explica el 46.81% de la varianza y diferencias significativas ($t(573)= 11.19$; $p=0$) entre muestra clínica ($n=68$) y no clínica ($n=507$).

Frecuencia de conductas objetivo

Se empleó el *formato de monitoreo diario* del protocolo BATD-R que tuvo como objetivo orientar la planificación de actividades dirigidas hacia los valores personales y la identificación de secuencias de comportamientos que se complejizan en la medida en que son dominados por el consultante (Lejuez et al., 2011). Por medio de éste se recogieron los datos de frecuencia y duración de las actividades, la valoración de su disfrute e importancia y una estimación subjetiva del estado de ánimo del día, para evaluar los cambios en las conductas depresivas y saludables entre fases.

Procedimiento

1. *Entrenamiento de los terapeutas.* Dos psicólogos especialistas en evaluación y tratamiento de trastornos emocionales y afectivos recibieron entrenamiento en AC por parte de un Magíster en psicología clínica (con más de 10 años de experiencia en formación, atención clínica y supervisión), y participaron en un taller certificado de ocho horas, con entrenamiento in vivo en habilidades específicas de intervención del protocolo BATD-R.

2. *Adaptación y construcción del protocolo de activación conductual en formato grupal.* Se realizó el ajuste de las sesiones, diseño y elaboración de las instrucciones, planeación de las modalidades de participación, monitoreo y retroalimentación. Como producto de esta fase se construyó una primera versión del protocolo grupal, que incluyó la conceptualización de la depresión desde los modelos explicativos conductuales, un instructivo de aspectos generales de la intervención grupal y manejo de situaciones atípicas durante el curso del tratamiento.

3. *Validación del protocolo.* Tres jueces expertos evaluaron el grado en que las sesiones del BATD-G se ajustaban a los procedimientos de una terapia grupal y a la estructura y objetivos del protocolo original. Las valoraciones hechas para cada sesión se recogieron por medio de un formato de evaluación cuantitativa y una casilla de sugerencias o correcciones. Posteriormente, se analizaron los datos obtenidos y se hicieron las modificaciones respectivas.

4. *Aplicación del protocolo* De una muestra de 196 estudiantes universitarios (de 1er a 5o semestre) de la ciudad de Villavicencio (Colombia) que respondieron de manera voluntaria el cuestionario de datos sociodemográficos y la escala Zung SDS, 100 superaron los criterios de inclusión y exclusión, y fueron citados para realizar una entrevista y contextualizar el procedimiento de intervención dentro de la investigación. Al finalizar la evaluación nueve personas mostraron interés en continuar su participación, se programaron las sesiones grupales y se aplicaron las medidas secundarias (EROS y Zung SDS).

Se inició la aplicación del BATD-G, con las sesiones preliminar, 1, 2 y 3 dirigidas al entrenamiento de los participantes en el diligenciamiento del *formato de monitoreo diario*, la identificación de áreas vitales, valores y el establecimiento de la jerarquía. Los productos de las sesiones iniciales fueron la base de la programación de actividades diarias y la obtención de frecuencias individuales de conductas saludables y depresivas. Se administraron las siete sesiones restantes con el componente de activación. Se hizo seguimiento sesión a sesión para verificar la integridad del tratamiento y atender eventualidades. Una vez terminado el proceso de intervención se aplicaron nuevamente las medidas secundarias (post-tratamiento). La aplicación del protocolo se realizó de forma presencial durante el año 2017.

5. *Seguimiento.* Una vez finalizada la intervención se pidió a los participantes continuar con el registro diario durante 15 días más. Finalmente, un mes después del tratamiento se hizo la última aplicación de las medidas secundarias.

Plan de análisis de datos

Para la adaptación del protocolo se analizaron las calificaciones de los jueces en una escala Likert de uno a cinco, con relación al criterio *nivel de adaptación al formato grupal*. Promedios menores a cinco en cada sesión se tomaron en cuenta como indicador de necesidad de revisión de las sugerencias y observaciones planteadas. Adicionalmente, se estimó como índice de acuerdo entre observadores el Kappa de marginal libre para múltiples evaluadores k_{free} (Randolph, 2010), y se tuvo en cuenta para su interpretación los parámetros de Fleiss (1981) en los cuales valores $< .40$ son pobres, entre $.40$ y $.75$ de intermedios a buenos y $> .75$ se consideran excelentes.

Para el análisis visual de las medidas primarias, las frecuencias de las conductas depresivas y saludables se graficaron de acuerdo con el registro diario, con un total de 14 puntos de línea de base, 49 de fase B y 14 de seguimiento. Se tuvieron en cuenta tendencias intra-fase y cambios de nivel inter-fases, que fueron contrastadas por medio del estadístico *tau-U* (Parker et al., 2010). Para las tendencias se tuvo en cuenta la significancia estadística ($\alpha=.05$) y su valor en la determinación de una relación positiva (aumento) o negativa (disminución). Para el efecto se tomó el criterio de Vannest y Ninci (2015), en el que *tau-U* $< .20$ corresponde a un cambio pequeño, entre $.20$ y $.60$ moderado, entre $.60$ y $.80$ grande y, por último, *tau-U* $> .80$ se asocia con un cambio muy grande.

Para la medida secundaria de sintomatología depresiva se tuvo en cuenta la puntuación de la escala Zung SDS en tres momentos de medición, en los que valores entre 20 a 35 indicaron ausencia de depresión, de 35 a 51 depresión subclínica, de 52 a 67 depresión moderada a severa y de 68 a 80 depresión grave. Se consideraron efectos importantes aquellos relacionados con cambios en el nivel de sintomatología depresiva en esta escala. Por último, los cambios en la percepción de refuerzo medioambiental (EROS) entre fases se evaluó tomando como referencia el Criterio de Cambio Confiable *RCCrit* (Jacobson & Truax, 1992) calculado con un 95% de confianza, teniendo en cuenta los datos de confiabilidad y dispersión de la validación colombiana (Valderrama et al., 2016).

RESULTADOS

Evaluación de Contenido del Protocolo BATD-G

El análisis del contenido del nivel de adaptación de la guía a formato grupal se realizó a partir de las valoraciones cuantitativas de cada sesión por parte de los jueces expertos (Véase Figura 1) con un acuerdo del 87.9% y excelente consistencia en las valoraciones ($k_{free}=0.85$; 95% IC [.65, 1.00]).

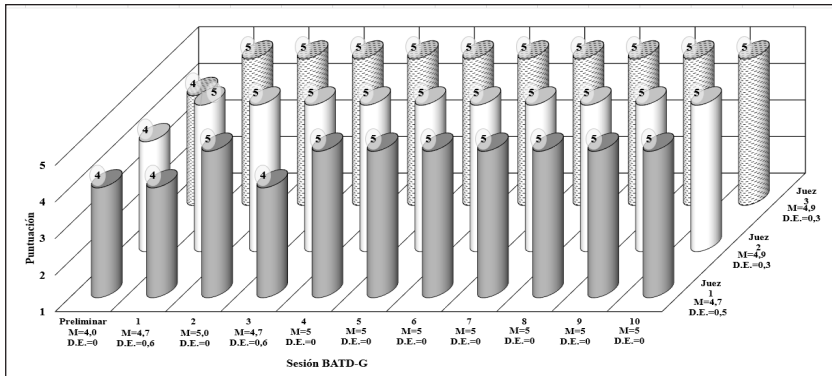


Figura 1. Calificaciones de los jueces del nivel de adaptación de la guía a formato grupal.

En ocho de las once sesiones evaluadas se alcanzaron promedios iguales a la valoración máxima ($M=5.0$). En la sesión preliminar ($M=4.0$; $D.E.=0$) se siguieron las recomendaciones que consistieron en incorporar un espacio para generar mayor motivación frente al tratamiento, y especificar los puntos de la agenda de las sesiones para dar mayor claridad a la estructura. Para las sesiones 1 ($M=4.7$; $D.E.=0.6$) y 3 ($M=4.7$; $D.E.=0.6$) se ampliaron las indicaciones para dar cuenta de los cambios de conducta del consultante y cómo actuar ante los mismos.

Análisis del Efecto del Protocolo

A continuación, se realiza la descripción de los resultados obtenidos con el grupo de participantes (P1 a P7) a partir de los gráficos de series de tiempo (Figura 2) basados en las medidas primarias, y estadísticos *tau-U* (Figura 3 a 6), que incluyen el análisis de tendencias y contrastes entre las fases del diseño.

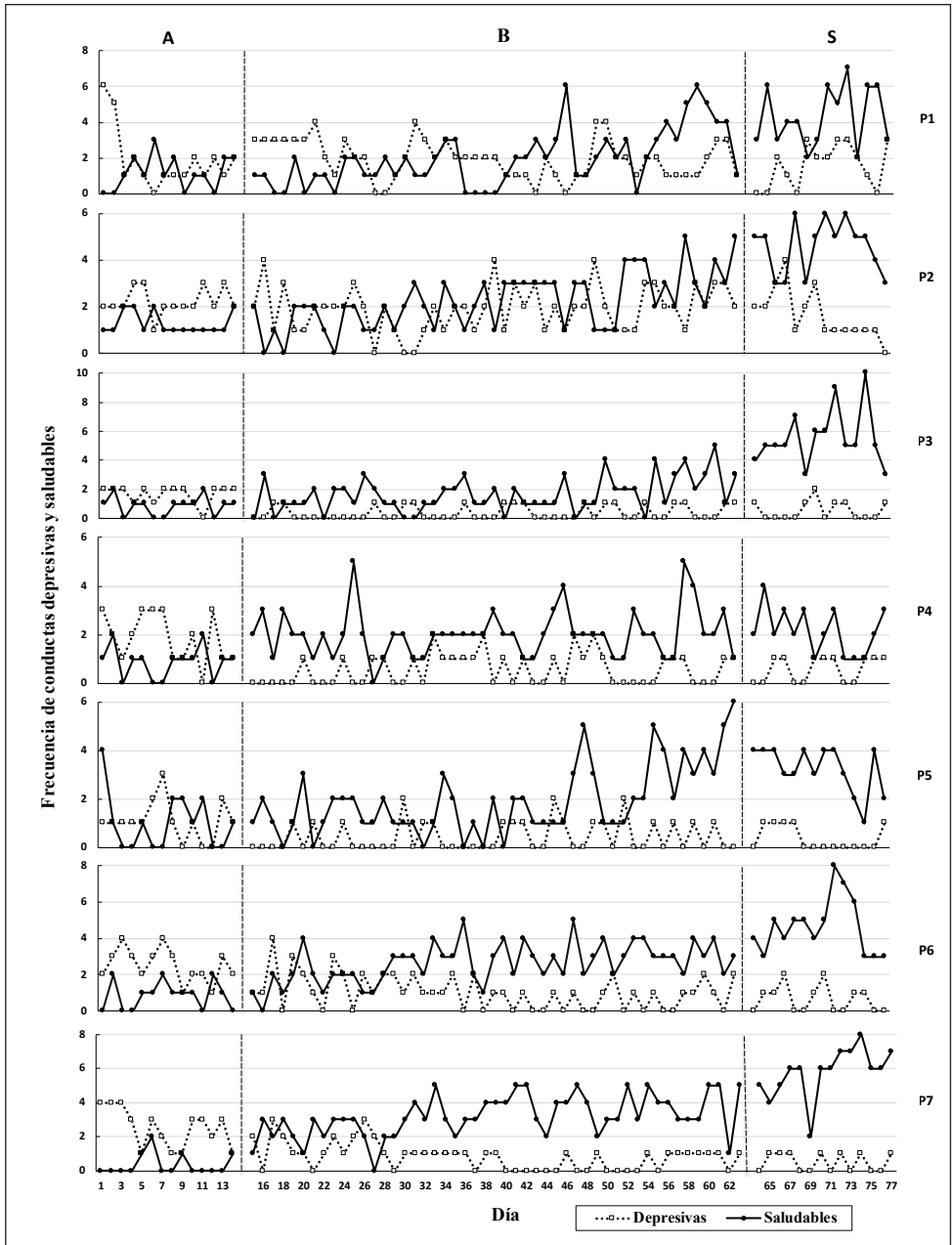


Figura 2. Medidas primarias: frecuencias de conductas depresivas y saludables.

Conductas Depresivas

Inicialmente se observan frecuencias de conductas depresivas inestables en la fase A, sin tendencias significativas en los participantes ($\text{tau-U} = [-.38; .10]$; $p > .05$) como se muestra en la *Figura 3*. En la fase B se observan tendencias decrecientes en la frecuencia de conductas depresivas en P1 ($\text{tau-U} = -.22$, $p = .02$), P6 ($\text{tau-U} = -.21$, $p = .04$) y P7 ($\text{tau-U} = -.24$, $p = .01$) y en la fase de Seguimiento se observó una tendencia a la mejora en las conductas depresivas en P2 ($\text{tau-U} = -.51$; $p = .01$).

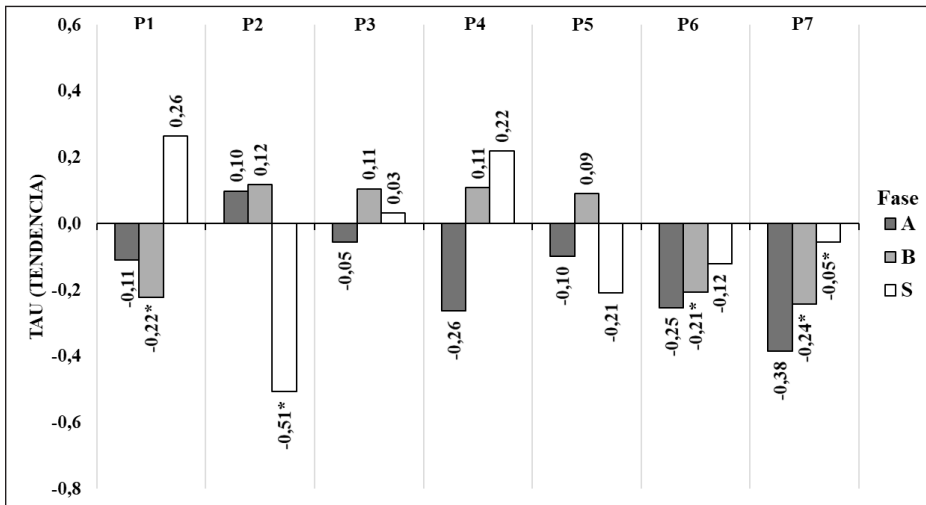


Figura 3. Estadístico tau-U de tendencia y valores p de las Frecuencias de Conductas Depresivas. (Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$ y *** $p < .001$)

Por otra parte, se observa un cambio de nivel entre las fases A-B en P3 ($\text{tau-U} = -.83$, $p = .00$), P4 ($\text{tau-U} = -.68$, $p = .00$), P5 ($\text{tau-U} = -.45$, $p = .01$), P6 ($\text{tau-U} = -.71$, $p = .00$) y P7 ($\text{tau-U} = -.74$, $p = .00$), en los que las frecuencias de conductas depresivas disminuyeron significativamente (Ver *Figura 4*), con tamaños de efecto moderados y grandes (Vannest & Ninci, 2014). Al realizar las comparaciones B-S, se evidencia que no existen cambios de nivel, y en las comparaciones A-S se observa un cambio significativo de nivel tendiente a la mejoría en P3 ($\text{tau-U} = -.74$, $p = .00$), P4 ($\text{tau-U} = -.68$, $p = .00$), P5 ($\text{tau-U} = -.51$, $p = .02$), P6 ($\text{tau-U} = -.86$, $p = .00$) y P7 ($\text{tau-U} = -.86$, $p = .00$).

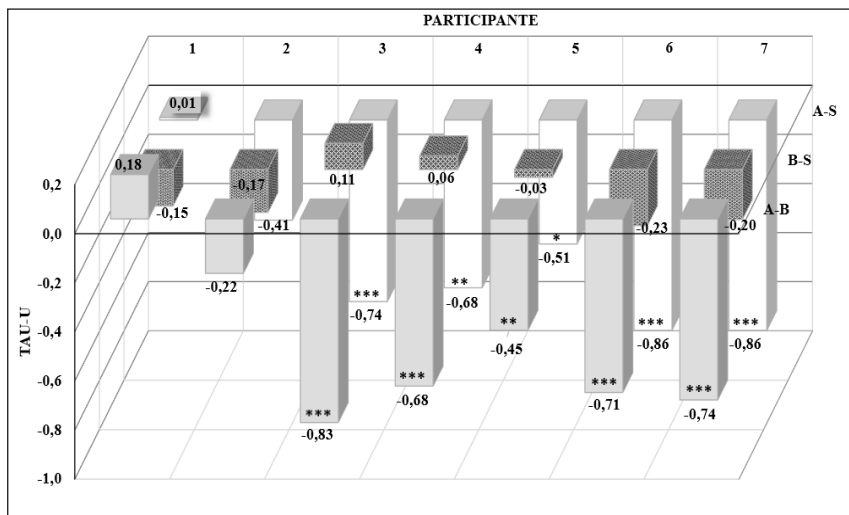


Figura 4. Estadístico tau-U de comparación entre fases y valores p de las Frecuencias de Conductas Depresivas. (Nota. * p<.05, ** p<.01 y *** p<.001)

Finalmente, en las comparaciones entre fases de conductas depresivas de todos los participantes, se pueden identificar diferencias significativas en los contrastes A-B ($\tau-U = -.49, p = .00$) y A-S ($\tau-U = -.58, p = .00$), que indican una disminución en la frecuencia de estas conductas con tamaños de efecto moderados.

Conductas saludables

En las Figuras 2 y 5 se puede apreciar que no hay tendencias significativas para ninguno de los sujetos en la fase A ($\tau-U = [-.07; .19]; p > .05$). En la fase B se observan tendencias crecientes en la frecuencia de conductas saludables en P1 ($\tau-U = .42, p = .00$), P2 ($\tau-U = .41, p = .00$), P3 ($\tau-U = .24, p = .01$), P5 ($\tau-U = .35, p = .00$), P6 ($\tau-U = .32, p = .00$) y P7 ($\tau-U = .34, p = .00$) tal como se aprecia en la Figura 5. En la fase S se identifica una tendencia significativa al incremento solamente en P7 ($\tau-U = .51, p = .01$).

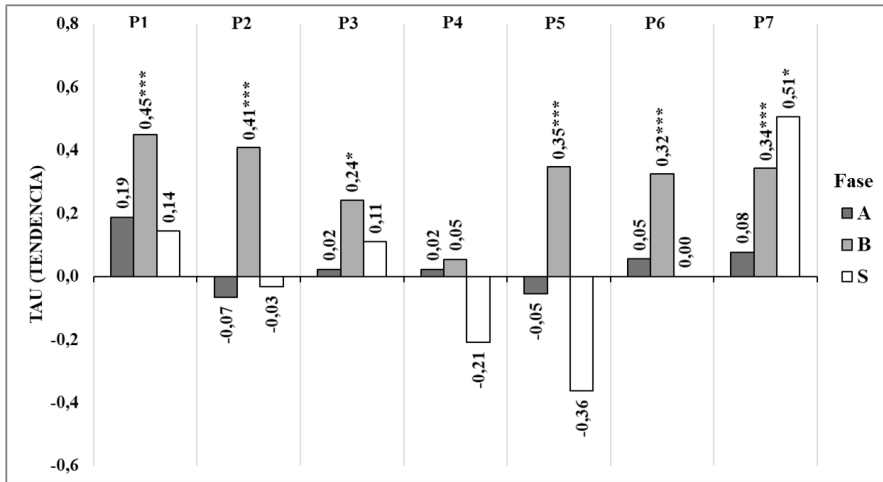


Figura 5. Estadístico τ -U de tendencia y valores p de las Frecuencias de Conductas Saludables. (Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$ y *** $p < .001$)

Por otro lado, en la comparación de fases A-B se encontraron incrementos significativos para las conductas saludables en P2 (τ -U = .48, $p = .01$), P3 (τ -U = .37, $p = .04$), P4 (τ -U = .66, $p = .00$), P5 (τ -U = .38, $p = .03$), P6 (τ -U = .79, $p = .00$) y P7 (τ -U = .94, $p = .00$). Respecto a las comparaciones B-S, seis de los siete sujetos mostraron aumentos significativos (τ -U = [.56; .94]; $p < .05$), y las comparaciones A-S muestran diferencias significativas en todos los casos con tamaños de efecto muy grandes (τ -U = [.70; 1]; $p < .05$).

Finalmente, respecto a la comparación general de las conductas saludables, se identificaron diferencias significativas en los contrastes A-B (τ -U = .56, $p = .00$), B-S (τ -U = .66, $p = .00$) y A-S (τ -U = .92, $p = .00$), que indican aumentos de magnitud alta y significativos en la frecuencia de las conductas saludables.

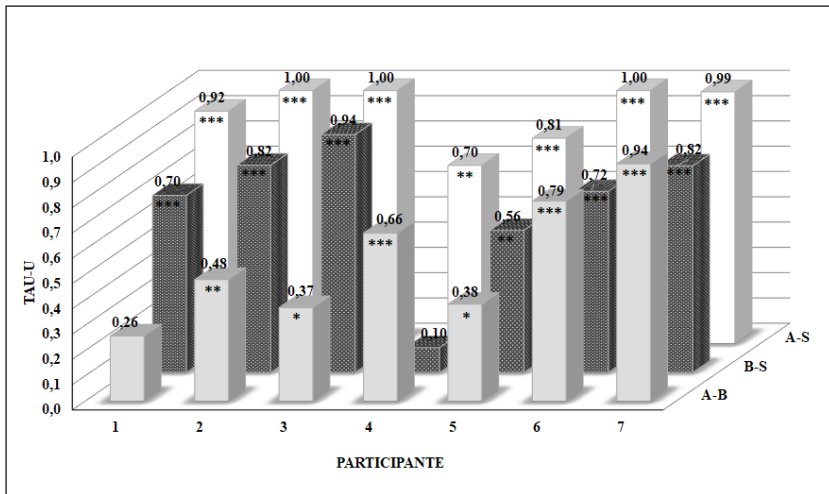


Figura 6. Estadístico tau-U de comparación entre fases y valores p de las Frecuencias de Conductas Saludables. (Nota. * p<.05, ** p<.01 y *** p<.001)

Análisis de las Medidas Secundarias

Los resultados de la calificación de la escala Zung SDS se presentan en la Figura 7, las líneas punteadas representan los puntos de corte propuestos por Conde-López y Esteban (1975). Entre las medidas pre y post se observa disminución de las puntuaciones de la prueba a excepción de los participantes 2, 4 y 5 que aumentaron o mantuvieron sus puntuaciones y nivel de severidad. Entre el post y seguimiento todos los casos disminuyeron las puntuaciones, a excepción del participante 1. Por último, se encontró que todos disminuyeron la puntuación entre el pre y el seguimiento, con cambios de nivel de severidad en los participantes 2, 3, 6 y 7.

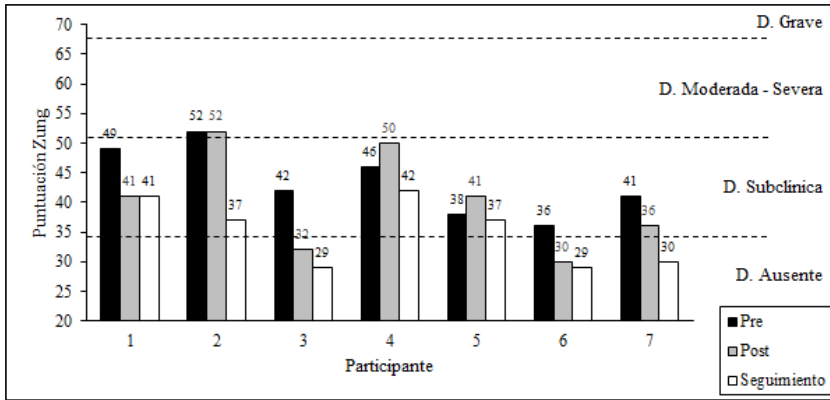


Figura 7. Puntuaciones durante las fases en la escala de Zung.

En la *Figura 8* se observan los resultados de la EROS, en las que puntuaciones altas reflejan mayor percepción de refuerzo desde el entorno. Se encontraron medidas más bajas en la aplicación pre-tratamiento respecto al pos-tratamiento y al seguimiento, lo que representa un aumento progresivo en cada uno de los participantes a lo largo de las fases de medición. Se usó el criterio de cambio confiable de Jacobson y Truax (1992) para verificar que lo observado en la percepción de refuerzo medioambiental a través de la EROS, no se deba a una falta de confiabilidad en las mediciones. Según este criterio, se puede considerar un cambio confiable a las diferencias de 6 puntos o más en la prueba ($RC_{Crit}=6.01$). En los participantes 1, 2, 3, 6 y 7 se observa un cambio confiable entre las comparaciones pre y seguimiento, lo que indica un aumento significativo en el nivel de percepción de refuerzo medioambiental con un 95% de confianza.

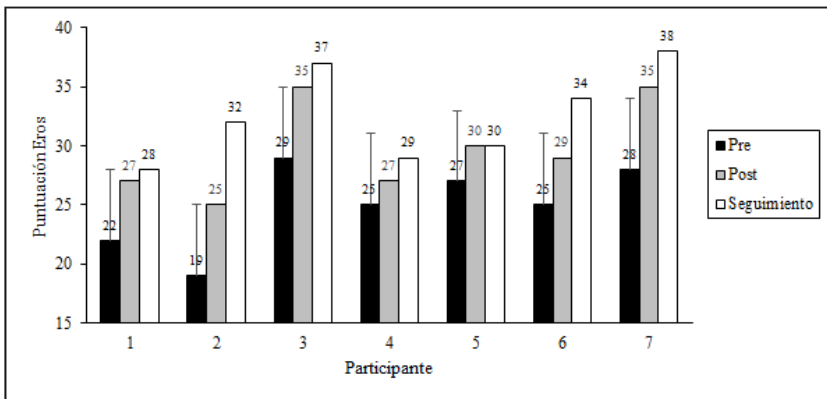


Figura 8. Puntuaciones durante las fases y Criterio de Cambio Confiable de la EROS.

DISCUSIÓN

El BATD-G se constituye en una herramienta prometedora para la terapia grupal de personas con trastornos depresivos, manteniendo la estructura y coherencia con los mecanismos de cambio propuestos por el BATD-R, y los resultados de esta investigación son comparables con estudios similares (Chu et al., 2009; Chu et al., 2016; Sánchez et al., 2011; Soleimani et al., 2015). Además, compartiría los mismos beneficios que ofrecen las intervenciones en formato grupal en cuanto a tiempo, efectos de grupo sobre la motivación individual, conciencia del propio problema, refuerzo y retroalimentación del grupo para el consultante (Moffett, & Kharrazi, 2016; Sánchez et al., 2011; Vandenberghe, 2015).

Las evidencias recogidas de las valoraciones y observaciones por los expertos constituyeron una fuente de evidencia del alto nivel de adaptación de la guía a un formato grupal. Los evaluadores consideraron que mantuvo la estructura y procedimientos propios del BATD-R, y se siguieron las sugerencias de ajustes en tres de las once sesiones. La adaptación incluyó una sesión inicial para establecer las condiciones, normas y parámetros de la intervención grupal, presentación de los miembros del grupo y establecimiento de acuerdos de confidencialidad.

Las herramientas y temas abordados por sesión se conservaron de acuerdo con el protocolo original (formatos de: áreas vitales, valores y actividades, jerarquía de actividades, acuerdos y checklist de adherencia), excepto el formato de monitoreo diario, que fue adaptado del protocolo “*Superando la Depresión*” de Emery (2000), en el que se establece un registro semanal con las puntuaciones de disfrute e importancia descritas en el BATD. Dicho ajuste, fue valorado positivamente por los jueces quienes resaltaron mayor facilidad en el diligenciamiento respecto al formato original (registro diario), además de posibilitar la adherencia del grupo de participantes.

La aplicación del protocolo adaptado permitió poner a prueba su efecto con una muestra pequeña de estudiantes universitarios con sintomatología depresiva leve y moderada, evaluada según la escala de Zung para depresión. Durante el curso de la intervención se presentaron situaciones relacionadas con el manejo de eventualidades (inasistencias, planificación de actividades antes de tiempo y crisis emocionales) que se atendieron según el apartado “manejo de situaciones atípicas durante el curso del tratamiento”, incluido en el protocolo de acuerdo con las sugerencias de los jueces expertos.

En la evaluación del efecto de la aplicación del BATD-G sobre la frecuencia de conductas depresivas, las pruebas estadísticas muestran decrementos significativos de las frecuencias de las conductas depresivas a nivel general en los contrastes hechos con la línea de Base (A-B y A-S); este decremento se hace evidente y significativo en 5 de 7 participantes. En la frecuencia de conductas saludables, los resultados muestran incrementos significativos a nivel general en los contrastes entre todas las fases (A-B, B-S y A-S) evidente y significativo en todos los participantes. Este hallazgo es consistente con la ley de igualación (Herrnstein, 1961), en la que se fundamenta el BATD, que plantea que al aumentar el contacto con reforzadores o conductas saludables irán disminuyendo las conductas depresivas tras haber apli-

cado la intervención (Hopko et al., 2003; Kanter et al., 2009; Lejuez et al., 2001; Lejuez et al., 2011). Los registros de conducta muestran una tendencia a la disminución paulatina de conductas depresivas, en contraste con un aumento progresivo en las conductas saludables de todos los participantes, observación que da indicios de la correspondencia con los principios de la AC.

En línea con la evidencia anterior, los resultados con las variables secundarias muestran el efecto del BATD-G sobre la sintomatología depresiva y la percepción de refuerzo medioambiental. Las puntuaciones de la Zung-SDS, tienden al decremento en todos los participantes al contrastar el pretest y el seguimiento. En la comparación entre el pretest y postest, el participante 2 mantuvo su puntuación (51) y los participantes 4 (de 45 a 50) y 5 (de 38 a 41) mostraron aumentos. Esto podría sugerir un efecto demorado o paulatino del proceso de activación sobre el estado de ánimo, probablemente relacionado con las características clínicas del grupo de intervención (síntomas depresivos). Cabe señalar que los resultados de los participantes 2, 4 y 5 coinciden con sus reportes de situaciones estresoras ocurridas durante la semana anterior a la aplicación del postest. En el seguimiento cuatro de los participantes obtuvieron puntuaciones ubicadas en un rango de depresión subclínica de la Zung-SDS, lo cual puede ser consistente con que el efecto de la AC es de mayor magnitud en niveles depresivos más severos (Ekers et al., 2014).

El impacto de la activación sobre la percepción del refuerzo medioambiental se puede apreciar en las comparaciones pre y seguimiento de la EROS en los participantes 1, 2, 3, 6 y 7. El aumento es significativo a partir del criterio de cambio confiable (Jacobson y Truax, 1992) y es consistente con los reportes verbales de los integrantes del grupo, quienes percibieron además un aumento en el nivel de actividades encaminadas a los valores definidos al inicio del proceso. El resultado es coincidente con el aumento de las conductas saludables según se evidenció con la inspección visual y las pruebas *tau-U*.

Con base en lo anterior, se puede decir que la aplicación de este protocolo ha impactado las conductas depresivas y saludables, así como la sintomatología depresiva y la percepción de refuerzo medioambiental en el grupo de participantes. El BATD-G tiene evidencia de su validez de contenido y mostró efectos importantes. Por lo cual, se espera que sea una alternativa de tratamiento para personas con sintomatología depresiva, así como se evidenció en las investigaciones de Chu et al. (2009), Chu et al. (2016), Sánchez et al. (2011) y Soleimani et al. (2015), que mostraron un efecto de la AC en el mejoramiento de la depresión en formato de intervención grupal.

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede señalar que no se contó con líneas de base estables, lo cual puede afectar la validez interna si se consideran factores de la historia y eventos individuales como los posibles responsables de la variabilidad en la frecuencia de las conductas saludables y depresivas. No obstante, el formato de intervención grupal no contempla esta estabilidad y la intervención inicia para todos los participantes al mismo tiempo, además de las implicaciones éticas que acarrea extender las mediciones iniciales y el retraso de la intervención con personas con síntomas depresivos. Adicionalmente, se presentaron dos deserciones finalizando el proceso. En las terapias grupales posibles causales de

deserción están relacionadas con características particulares del consultante o del terapeuta, factores asociados a la terapia o contextuales (Rondón, Otálora, & Salamanca, 2009). En el curso de los tratamientos para la depresión la deserción es considerada multifactorial (Buela-Casal et al, 2001) y dentro de los motivos más comunes se señalan dificultades económicas, baja red de apoyo familiar y social (Fernández et al., 2003), compromisos académicos y laborales (Jo & Almao, 2002).

Se sugiere para futuras investigaciones incluir muestras con diagnóstico de depresión, de grupos etarios diversos y el uso de un diseño de grupo control para favorecer la generalización de los hallazgos y el control de la validez interna y externa. Por otro lado, se recomienda incluir variables primarias y secundarias afines a los principios y mecanismos explicativos de la AC (Behavioral Activation for Depression Scale BADS, Reward Probability Index RPI, Behavioral Activation for Depression Scale - Short Form BADS-SF) que permitan tener una mayor correspondencia con el constructo y las variables, así como una medida de síntomas depresivos que reporte datos normativos para el análisis de significancia clínica.

En cuanto a las directrices éticas, la presente investigación se llevó a cabo bajo los criterios de la ley 1090 de 2006, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 del Congreso de la República de Colombia y la Constitución Nacional, que garantiza la confidencialidad en la información, así como la autonomía (consentimiento informado de todos los participantes), justicia (se brindaron rutas de atención para quienes así lo requerían), beneficencia y no maleficencia, lealtad y fidelidad.

Contribución de los autores: Conceptualización J.M.B.S., D.A.G.R. y P.C.R.M.; Análisis Formal, J.M.B.S y C.E.M.; Investigación, D.A.G.R. y P.C.R.M.; Preparación de datos, D.A.G.R. y P.C.R.M.; preparación del escrito original en borrador, J.M.B.S y C.E.M.; revisión del escrito y edición, J.M.B.S y C.E.M.; supervisión J.M.B.S., todos los autores están de acuerdo con la versión del artículo.

Esta investigación no recibió ningún tipo de financiación externa.

Los datos no son públicos por cuestiones de privacidad y pueden ser solicitados previa autorización de todos los autores comunicándose con el autor responsable J.M.B.S.

Los autores declaramos ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Abarca, M., Guerrero-Henríquez, J., Lang, M., Marín, K., & Vargas, M. (2021). Estresores académicos y manifestaciones biopsicosociales en estudiantes universitarios de fisioterapia. *Fisioterapia*, 43 (4), (pendiente pag). <https://doi.org/10.1016/j.ft.2021.06.002>
- Armento, M., & Hopko, D. (2009). Behavioral Activation of a breast cancer patient with coexistent Major Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*, 8 (1), 25. doi: 10.1177/1534650108327474
- Arrieta, K., Diaz, S., & Gonzalez, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados.

- Revista colombiana de psiquiatría, 42 (2), 173-181. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70004-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70004-0)
- Barraca, J. & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y estrés*, 16 (1), 95-107. https://www.researchgate.net/publication/273832232_ADAPTACION_ESPANOLA_DEL_ENVIRONMENTAL_REWARD_OBSERVATION_SCALE_EROS
- Barraza, R., Muñoz, N., & Contreras, A. (2017). Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 46 (4), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.rep.2016.07.005>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva, Conceptos Básicos y Profundización*. Ed. Gedisa.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Buela-Casal, G., Sierra, J., López, M., & Rodríguez, I. (2001) *Habilidades Terapéuticas y del Terapeuta. Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Biblioteca Nueva.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., Rueda-Jaimes, G & Barros-Bermúdez, J. (2005). Validación de la Escala de Zung para Depresión en Universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1). 54-62. <http://www.scielo.org.co/pdf/rep/v34n1/v34n1a04.pdf>
- Campo, A., Díaz, L. & Rueda, G. (2006). Validez de la Escala Breve de Zung para Tamizaje del Episodio Depresivo Mayor en la Población General de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 26, 415-423. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26n3/v26n3a11.pdf>
- Campo-Arias, A. & Cassiani, C. (2008). Trastornos Mentales más Frecuentes: Prevalencia y Algunos Factores Sociodemográficos Asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637410>
- Campo, G. (2001). Psicopatología en Estudiantes Universitarios de la Facultad de salud - Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (4), 351- 358. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80630402>
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 408-419. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.003>
- Chu, B., Crocco, S., Esseling, P., Areizaga, M., Lindner, A & Skinner, L. (2016). Transdiagnostic Group Behavioral Activation and Exposure Therapy for Youth Anxiety and Depression: Initial Randomized Controlled Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 65-75. doi:10.1016/j.brat.2015.11.005
- Cogollo, Z., Díaz, C & Campo, A. (2006). Exploración de la Validez de Constructo de la Escala de Zung para Depresión en Adolescentes Escolarizados. *Colombia Médica*, 37 (2), 102- 106. <http://hdl.handle.net/10893/5645>.

- Conde-López, V., & de Esteban, T. (1975). Validity of the S.D.S. (Self-Rating Depression Scale) of Zung. *Archivos de Neurobiología*, 38(3), 225–246.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
- D'zurilla TJ & Goldfried MR. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1):107–26. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *Plos One*, 9(6). doi:10.1371/journal.pone.0100100
- Emery, G. (2000). *Overcoming Depression: A Cognitive-Behavior Protocol for the Treatment of Depression*. New Harbinger Publications.
- Miranda Bastidas, C. A., & Gutierrez Segura, J. C., & Bernal Buitrago, F., & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXIX (3),251-260. [fecha de Consulta 17 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629305>
- Fernández, J., López, J., Landa, N., Ilescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2003). Trastornos de Personalidad y Abandono Terapéutico en Pacientes Adictos: Resultados en una comunidad terapéutica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4 (2), 271-283. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-106.pdf
- Fleiss, J.L., (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons
- Galaz, M., Olivas , M. R., & Luzania Soto , M. J. (2012). Factores de riesgo y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Sonora. *Boletín Clínico Hospital infantil del Estado de Sonora*, 29 (2), 46-52. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40070>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., & Salazar, L. (2010). Depresión en Estudiantes Universitarios y su Asociación con el Estrés Académico. *Revista CES Medicina* 24 (1), 7-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261119491001>
- Herrnstein, R. (1961). Relative and Absolute Strength of Response as a Function of Frequency of Reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 267-272. doi: 10.1901/jeab.1961.4-267
- Hopko, D., Lejuez, C., Lepage, J. & McNeill, D. (2003). Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. A Randomized Pilot Trial Withinan Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27 (4), 458-469. doi: 10.1177/0145445503255489

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1): 12-19. <https://psycnet.apa.org/record/1992-97624-042>
- Jaramillo, C., Martínez, J., Gómez, J., Mesa, T., Otálvaro, S., Sánchez, J. (2018). Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(1), 18-27. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000100018>
- Jo, T. & Almas, S. (2002) Abandono del Tratamiento en una Consulta Externa del Psiquiatría y Psicología Clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com*. http://www.portlesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
- Kanter, J., Bush, A. & Rush, L. (2009). Behavioral activation. Distinctive features. Londres: Rotledge.
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S. & Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35(2) 111–161. doi: 10.1177/0145445510390929.
- Lejuez, C., Hopko, D., & Hopko, S. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25 (2), 255-286. http://behavioralactivationtech.com/wp-content/uploads/2016/03/Lejuez-et-al_2001.pdf
- Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
- Lezama, S. (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. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). Depression in Context: Strategies for Guided Action. USA: Norton Professional Books.
- Masis, D. P., Gómez-Restrepo, C., Restrepo, M. U., Miranda, C., Pérez, A., de la 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. doi:10.1016/s0034-7450(14)60219-5
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015. Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Moffett, L. & Kharrazi, N. (2016). Group Psychotherapy. *Encyclopedia of Mental Health*, 2, 281- 284. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.00261-5
- Nezu, C., Nezu, M. & Lombardo, E. (2006). Formulación de Casos y Diseño de Tratamiento Cognitivo-conductuales. Un Enfoque Basado en Problemas. México: Manual Moderno.

- Organización Mundial de Salud (2021). Depresión. Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Páez, M. & Peña, F. (2018). Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. *Archivos de Medicina*, 18 (2), 339-351. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2747.2018>
- Parker, R.I., Vannest, K.J., Davis, J.L., & Sauber, S.B. (2010). Combining non-overlap and trend for single case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284–299. DOI: 10.1016/j.beth.2010.08.006.
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497-498. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Randolph, J. (2010). Free-Marginal Multirater Kappa (multirater K-free): An Alternative to Fleiss Fixed-Marginal Multirater Kappa. *Advances in Data Analysis and Classification*, 1-20. <https://eric.ed.gov/?id=ED490661>
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O. & Pina, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 135-140. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200004>
- Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2014) Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1), 91-102. <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3909>
- Rondón, A., Otálora, I., & Salamanca, Y. (2009). Factores que Influyen en la Deserción Terapéutica de los Consultantes de un Centro Universitario de Atención Psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/article/download/869/620/0>
- Sánchez, D., Soto, A., Vega, D. & Ribas, J. (2011). Traducción al Castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Formato Grupal. Datos preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 100, 11-23.
- Santos, M., Ullman, J., Leonard, R., Puspitasari, A., Cook, J., & Riemann, B. (2019). Behavioral Activation as a Mechanism of Change in Residential Treatment for Mood Problems: A Growth Curve Model Analysis. *Behavior Therapy*, 50 (6), 1087-1090. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.004>
- Society of Clinical Psychology (2021). Depression. Psychological Treatments Recuperado el 15 de junio de 2021 de: <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. & Coolidge, F. (2015). A comparative study of group behavioral activation and cognitive therapy in reducing subsyndromal anxiety and depressive symptoms. *Iran J Psychiatry*, 10 (2). 71-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752528/>
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184 (5), 386–392. doi:10.1192/bjp.184.5.386
- Valderrama-Díaz, M. A., Bianchi-Salguero, J. M., & Villalba-Garzón, J. A. (2016). Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS)

- en población colombiana. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vezro>.
- Vandenberghe, L. (2015). A Logical Framework for Functional Analytic Group Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 1-9. doi:10.1016/j.cbpra.2015.09.00
- Vannest, K. J., & Ninci, J. (2015). Evaluating Intervention Effects in Single-Case Research Designs. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 403–411. doi:10.1002/jcad.12038
- Yi, X., Cho, R., & Man, A. (2020). Behavioural activation for family dementia caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 41 (5), 544-552. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.02.003>
- Zancan, J., Lima, G., Lemos, S., Devos, E., Andolhe, R., & Souza, T. (2020). Síntomas depresivos en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 28, 2-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3210.3239>

(Received: August 12, 2021; Accepted: September 09, 2021)