

Activación Conductual Grupal: Adaptación del BATD a Cinco Sesiones y Efecto Transdiagnóstico^{1, 2}

(Group Behavioral Activation: Adaptation of BATD to Five Sessions and Transdiagnostic Effect)

Andrés Felipe Gordillo-Covaleda (A.F.G.C.), David García-Neme (D.G.N.)
y Javier M. Bianchi (J.M.B.)³
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
(Colombia)

Resumen

La Activación Conductual (BA) es una terapia empíricamente respaldada que destaca por su efectividad y eficiencia para problemáticas transdiagnósticas. La presente investigación adaptó el protocolo BATD en formato grupal a una versión de cinco sesiones (BATD-G5). Trece jueces expertos evaluaron esta adaptación en términos de claridad, carga por sesión y fidelidad, encontrando un acuerdo entre observadores de intermedio a bueno según los valores Kappa de Randolph. Adicionalmente, se utilizó un diseño de caso único AB con seguimiento para evaluar el efecto del BATD-G5 sobre la sintomatología emocional de cuatro estudiantes universitarias que cumplían criterios para más de un trastorno emocional. Los resultados mostraron una disminución significativa en la severidad de la sintomatología emocional (depresión, ansiedad y estrés) y en la frecuencia de conductas evitativas, así como un aumento en las conductas saludables. Estos hallazgos fueron respaldados por análisis visuales y la prueba de no solapamiento entre fases Tau-U. Además, se observó un incremento en la percepción del reforzamiento ambiental y el nivel de activación conductual general. La adaptación del BATD a cinco sesiones en formato grupal mostró un efecto positivo sobre la sintomatología emocional y las variables transdiagnósticas evaluadas, sugiriendo una proyección favorable para su aplicación en diversas poblaciones.

Palabras clave: Activación Conductual, sintomatología emocional, terapia grupal, BATD, transdiagnóstico

1 Este trabajo corresponde a dos tesis de maestría en psicología clínica de D.G.N. y A.F.G.C., dentro de un marco investigativo del eje temático relacionado con Activación Conductual.

2 Contribución de los autores: Conceptualización J.M.B.; metodología: J.M.B., A.F.G.C. y D.G.N.; análisis J.M.B., A.F.G.C. y D.G.N.; Investigación: J.M.B., A.F.G.C., y D.G.N.; recursos: J.M.B., A.F.G.C. y D.G.N.; curación de datos J.M.B., D.G.N. y A.F.G.C.; preparación artículo original J.M.B., A.F.G.C., y D.G.N.; revisión y edición: J.M.B.; supervisión J.M.B.

3 Dirigir correspondencia a: J.M.B. Correo electrónico: javierm.bianchis@konradlorenz.edu.co Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Carrera 9bis # 62 - 43, Bogotá, Colombia.

Abstract

Behavioral Activation (BA) is an empirically supported therapy that stands out for its effectiveness and efficiency for transdiagnostic problems. BA is a contextual treatment oriented to personal values and empirical problem-solving. To improve its efficiency in Colombia, the BATD protocol in group format was adapted to a five-session version (BATD-G5), maintaining all the elements of its original version. Thirteen expert judges evaluated this adaptation in terms of clarity, session load, and fidelity, finding intermediate to good interobserver agreement according to Randolph's Kappa values (values between .41 and .79). Additionally, a pilot study was conducted using a single-case AB design with follow-up to evaluate the effect of the BATD-G5 on the emotional symptomatology of four female university students from the city of Pasto, Nariño (Colombia). The participants met the criteria for more than one emotional disorder according to the results of the Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I. structured interview during sample recruitment. Additionally, they presented scores of severe and extremely severe levels in depressive, anxiety, and stress emotional symptomatology (assessed by the Depression, Anxiety, and Stress Scales, DASS-21). The results showed a significant decrease in the severity of emotional symptomatology and the severity of anxiety and stress. The results showed a significant decrease in the severity of emotional symptomatology and the frequency of avoidant behaviors, as well as, an increase in healthy behaviors for each of the participants. These findings were supported by visual analyses of the frequency of healthy and avoidant behaviors and the repeated measures of the Tau-U non-overlap test between phases. As clinical contrast measures, the rate of reliable change in the Environmental Reward Observation Scale (EROS) and Behavioral Activation Depression Scale (BADs) scores in each participant were considered. Increases in perceived environmental reinforcement (EROS) and overall behavioral activation level (BADs) were observed. In addition, BA change factors (with the BADs dimensions Activation and Avoidance/Rumination) and affect areas of adjustment (with the BADs dimensions Work/Academic Affect and Social Impairment) were assessed. The administration of the BATD-G5 presented a significant and large magnitude effect on emotional symptomatology (depressive, anxiety, and stress symptoms), the frequency of healthy and avoidant behaviors; as well as, most of the participants met the clinically reliable change in the perception of environmental reinforcement and the level of behavioral activation. Therefore, it can be affirmed that BATD-G5 is a transdiagnostic intervention with a favorable projection for dealing with emotional and affective disorders (including comorbid conditions) due to the characteristics of effectiveness, efficiency, and proven efficacy of BA, and the benefits of group intervention.

Keywords: Behavioral Activation, emotional symptomatology, group therapy, BATD, transdiagnostic

La Activación Conductual (BA) es una intervención empíricamente respaldada para tratar trastornos emocionales y afectivos. Esta terapia se centra en aumentar

el Reforzamiento Positivo Contingente a la Respuesta (RCPR; Lewinsohn, 1974), al promover comportamientos que facilitan el contacto con reforzadores positivos y, en consecuencia, disminuir eventos aversivos (Manos et al., 2010). En términos prácticos, la BA es un tratamiento contextual orientado a los valores personales (Pohl & Fleury, 2024) y a la resolución empírica de problemas (Bianchi & Henao, 2015).

La efectividad de la BA ha sido respaldada por numerosos estudios y metaanálisis, que reportan tamaños del efecto superiores a .70 en trastornos depresivos (Cuijpers et al., 2019) y en diversos trastornos emocionales en diferentes poblaciones (Stein et al., 2021). A diferencia de otras intervenciones con respaldo empírico, la BA se destaca por su eficiencia (Limpächer et al., 2023), es fácil de entrenar y aplicar en contextos tanto clínicos (Cuijpers et al., 2019) como comunitarios (Patel et al., 2019), ya que requiere menos habilidades complejas de los pacientes y terapeutas (Janssen et al., 2024).

El Tratamiento Breve de Activación Conductual (BATD, por sus siglas en inglés) es un protocolo propuesto por Lejuez et al. (2011), que integra el monitoreo y la programación de actividades encaminadas a valores con un marco idiográfico en un formato de diez sesiones individuales. La programación de actividades por medio del BATD incrementa de forma gradual las habilidades para el automonitoreo, la estructuración de la programación de actividades, la resolución de problemas y la activación de redes de apoyo. Las cinco primeras sesiones del BATD-R contienen los elementos de la intervención, tanto de la preparación para el tratamiento (tres sesiones) como del componente activo, la planeación de actividades (dos sesiones). En las cinco sesiones restantes se revisan conceptos (Lógica/explicación del tratamiento; áreas vitales, valores y actividades; jerarquía de actividades; acuerdos), se monitorea la planeación de actividades y se prepara la finalización del tratamiento que incluye el plan de recaídas (Lejuez et al., 2011). Los autores también sugieren que el protocolo de 10 sesiones sirve como recomendación estándar, aunque puede utilizarse de forma flexible en entornos clínicos en función de las características únicas del paciente y del entorno.

En Colombia se ha reunido evidencia de manera gradual que da cuenta del efecto/eficacia del BATD sobre la depresión y variables transdiagnósticas, en diferentes poblaciones. Por ejemplo, en la aplicación del protocolo con las diez sesiones recomendadas por Lejuez et al. (2011) en formato individual se encuentran reportes sobre los efectos en la depresión con adolescentes (Díaz & Bocanegra, 2012; Gacha, 2021; Guaidía, 2020) y adultos con Esclerosis Lateral Amiotrófica (Uribarren, 2020), con tamaños del efecto significativos ($p < .05$) entre moderados y muy grandes en la frecuencia de conductas saludables y depresivas; así como, cambios clínicos en las medidas de depresión. Garcés et al. (2022) adaptaron el BATD-R (Lejuez et al., 2011) a un formato de intervención grupal (BATD-G) que mantuvo las diez sesiones del protocolo original. Estos mismos autores reportan efectos significativos al administrar el BATD-G sobre las frecuencias de conductas saludables y depresivas; así como, disminución de la severidad de la depresión y cumplimiento de índices de cambio fiable para recompensa ambiental y factores de cambio de la BA en estudiantes universitarios con síntomas depresivos. Por otro lado, en formato individual, Reyes et al. (2019) adaptaron al contexto colombiano

el protocolo de única sesión de Gawrysiak et al. (2009) y al aplicarlo en estudiantes universitarios con síntomas depresivos encontraron un tamaño del efecto similar a intervenciones más largas ($d = 0.74$). En esta misma línea Cuevas (2020) adaptó al contexto colombiano el protocolo de única sesión para cuidadores de Read et al. (2016), al administrarlo a cuidadores con sintomatología emocional encontró resultados favorables en depresión y estrés en las medidas post intervención.

Pinzón y Bianchi (2023) realizaron un estudio de caso único en el que administraron el BATD grupal a adultos bogotanos con depresión mayor. Durante la fase de intervención (B) se presentó el aislamiento preventivo por COVID-19, específicamente en la sesión 6 del BATD-G de diez sesiones. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes lograron y mantuvieron las mejoras terapéuticas durante la interrupción del tratamiento, lo que coincide con MacPherson et al. (2010) que indican que entre 6 y 8 sesiones son necesarias para efectos significativos y con la revisión meta-analítica de Ekers et al. (2014), que encontraron una mediana de ocho sesiones.

Como se había mencionado la BA no sólo muestra evidencia en cuadros depresivos, sino que se ha postulado como una intervención transdiagnóstica (Malik et al., 2021). Con medidas complementarias y de contraste, Pinzón y Bianchi (2023) reportan cambios de severidad en los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés de los participantes que presentaron niveles de moderados a extremadamente severos en la medida pre. En la búsqueda narrativa realizada en diferentes bases de datos (SCOPUS, Science Direct, Sage y Taylor & Francis) no se encontraron referentes de investigaciones en Colombia de la BA, ni específicamente del BATD en alguno de sus formatos o adaptaciones, frente a la sintomatología emocional general o específica. Esto cobra un alto nivel de relevancia en los trastornos emocionales, debido a la existencia de un número elevado de síntomas que se solapan entre sí (Brown & Barlow, 2014) y que implicarían un abordaje fundamentado en los procesos cognitivos y conductuales causales o mantenedores (Sandín, 2012).

En el mundo las intervenciones de BA en modalidad grupal muestran que son eficaces para la sintomatología depresiva (Simmonds-Buckley et al., 2019) y de ansiedad (Berg et al., 2024; Malik et al., 2021). En Colombia las investigaciones que han administrado el BATD-G muestran resultados acordes con lo evidenciado a nivel mundial, tanto en estudiantes universitarios (Garcés et al., 2022), Adultos con depresión (Pinzón & Bianchi, 2023) y personas privadas de la libertad (Hernández-Mariño et al., 2024).

La presente investigación buscó la adaptación del tratamiento basado en activación conductual (BATD) a un formato grupal de cinco sesiones. Esta propuesta se fundamenta en la flexibilidad del BATD para ajustarse a diversos contextos (Lejuez et al., 2011) y en la evidencia de que la modalidad grupal es tan eficaz como la individual en la BA (Ekers et al., 2014). Además, considerando los hallazgos de estudios en Colombia que sugieren una cuidadosa dosificación de los contenidos en intervenciones breves (Cuevas, 2022; Reyes et al., 2019) y los resultados de Pinzón y Bianchi (2023) sobre la efectividad de un número limitado de sesiones, se plantea que un formato de cinco sesiones puede ser suficiente para lograr los objetivos terapéuticos del BATD.

La adaptación propuesta se basa en la condensación de la fase de preparación del BATD en dos sesiones y la integración del componente activo y el cierre del proceso en las tres sesiones restantes. Esta estructura se justifica por la capacidad de los grupos terapéuticos para acelerar el proceso terapéutico, fomentar el apoyo mutuo y promover el crecimiento personal (Soleimani et al., 2015; Garcés et al., 2022; Yalom & Leszcz, 2020).

Adicionalmente, se evaluó el efecto del protocolo adaptado (BATD en formato Grupal de 5 sesiones [BATD-G5]) sobre la sintomatología emocional general y específica, así como la frecuencia de conductas saludables y evitativas. Participaron cuatro universitarias con elevada sintomatología emocional y criterios para múltiples trastornos emocionales concurrentes. Finalmente, se evaluó el cumplimiento de los índices de cambio fiable (*RCCrit*) en pre, post y seguimientos, en relación con los mecanismos de cambio de la BA (activación y evitación), la afectación de áreas de funcionamiento y la percepción de reforzamiento ambiental. Por lo que esta investigación aporta evidencia relacionada con la cantidad de sesiones necesarias del BATD para tener efectos en la gama de sintomatología emocional, balanceando la eficiencia del tratamiento y la inclusión de componentes esenciales relacionados con el mantenimiento y cierre del proceso, con las ventajas de las intervenciones grupales.

Método

Diseño y Variables

Adaptación del Protocolo

Se adaptó el contenido del BATD a un formato grupal de cinco sesiones. La sesión cero se dedicó a la formación del grupo, al establecimiento de normas, al entrenamiento en el diligenciamiento del formato de monitoreo diario y a la asignación del mismo como tarea. Las sesiones uno y dos abarcaron la fase de preparación, incluyendo la revisión del monitoreo diario de conductas, la identificación de patrones evitativos y la construcción del inventario de áreas vitales, valores y actividades una jerarquía de actividades. Las sesiones tres y cuatro se centraron en la implementación de las actividades planificadas. Finalmente, la última sesión estuvo destinada al cierre del tratamiento, revisando los logros, abordando posibles recaídas y brindando herramientas para mantener los cambios.

La adaptación fue evaluada por expertos mediante un estudio descriptivo transversal, utilizando una rúbrica de evaluación diseñada específicamente para este propósito. La rúbrica evaluó la claridad, la fidelidad, redacción, carga por sesión y coherencia de cada sesión en relación con los objetivos del BATD. Los resultados de esta evaluación permitieron refinar el protocolo adaptado.

Evaluación del Efecto

Para evaluar el efecto del protocolo adaptado se llevó a cabo un estudio de corte cuantitativo de tipo experimental (Hernández et al., 2014), con un diseño de caso único tipo A-B con seguimiento. La fase A incluyó una serie de observaciones de referencia de la frecuencia natural de las conductas objetivo (Saludables y Evitativas) y niveles de Sintomatología Emocional durante tres semanas. En la fase B, la variable de tratamiento se introduce; por último, se incluye evaluación de seguimiento (Barlow et al., 2009).

La variable independiente la constituye la aplicación del protocolo de cinco sesiones adaptado a partir del BATD (Lejuez et al., 2011) en su formato grupal (Garcés et al., 2021). La variable dependiente, Sintomatología Emocional, se evaluó de dos maneras: con medidas repetidas (severidad de la depresión, ansiedad y estrés, así como, frecuencia de conductas saludables y evitativas) en las fases A, B y seguimiento (SEG); y con medidas de contraste (Factores de cambio de la BA) en cuatro momentos: Pre (antes del tratamiento), Post (al culminar del tratamiento), SEG1 (15 días después de haber terminado la intervención) y SEG2 (un mes después).

Participantes

Adaptación del Protocolo

Para la evaluación del contenido del BATD-GB y su adaptación participaron 13 jueces expertos, con formación mínima de maestría en psicología clínica, entre cuatro y 10 años de experiencia clínica ($M= 6.83$; $D.E. = 2.30$) y entre dos y ocho años de experiencia en el modelo de la BA ($M= 4.08$; $D.E. = 1.75$). De ellos, 10 (76.9%) contaban con experiencia docente, 12 (92.3%) con experiencia como supervisores de práctica clínica y nueve (69.23%) con experiencia como investigadores.

Evaluación del Efecto

Para la evaluación del efecto del BATD-GB se conformó un grupo de 4 mujeres, por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, mayores de 18 años, estudiantes universitarias de pregrado de una institución de educación superior de la ciudad de Pasto (Nariño, Colombia), que realizaron la fase de evaluación e iniciaron la aplicación del protocolo.

Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que presentaran niveles severos y extremadamente severos en las subescalas de depresión, ansiedad o estrés de la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Los criterios de exclusión fueron: historial de atención psiquiátrica o psicológica en el último año, consumo problemático actual de sustancias psicoactivas, intento suicida en el último año y diagnóstico de trastornos bipolares y trastornos de la personalidad. Dichos criterios fueron verificados para cada uno de los candidatos a través de la aplicación de la

entrevista estructurada MINI (International Neuropsychiatric Interview –DSM), una entrevista clínica semiestructurada y el cuestionario de datos sociodemográficos. A continuación, se describen cada una de las participantes:

Participante 1

Mujer de 24 años, estudiante de ingeniería. En la entrevista MINI cumplió con los criterios para: Depresión Mayor, Depresión Persistente, Pánico, Ansiedad Generalizada y Trastorno de Estrés Postraumático. Dentro de sus variables contextuales refirió tener dificultades en su relación de pareja.

Participante 2

Mujer de 21 años estudiante de medicina. En la entrevista MINI cumplió con los criterios para: Depresión Mayor, Depresión Persistente, Pánico y Estrés Postraumático. Dentro de sus variables contextuales refirió a lo largo del tratamiento pasar por eventos vitales estresantes como el presenciar un incidente de intoxicación por alcohol de su hermana menor y quedarse a cargo de ella, ya que su madre se mudó a vivir a otro lugar.

Participante 3

Mujer de 23 años estudiante de medicina. En la entrevista MINI cumplió con los criterios para: Depresión Mayor y Pánico. Dentro de sus factores contextuales comentó tener una relación de pareja caracterizada por diferentes conflictos interpersonales.

Participante 4

Mujer de 31 años estudiante de psicología. En la entrevista MINI cumplió con los criterios para: Depresión Mayor, Depresión Persistente, Pánico y Ansiedad Generalizada. Dentro de sus factores contextuales mencionó ser madre de una adolescente y trasladarse reiteradamente a lugares remotos debido a su trabajo.

Instrumentos

Evaluación de la Adaptación

Plantilla de Calificación

Se diseñó una platilla de calificación en Microsoft Excel para la evaluación del contenido del protocolo, sesión por sesión y del tratamiento completo, de acuerdo con 4 componentes: claridad, carga por sesión, fidelidad, ortografía y redacción. Adicionalmente, se evaluó la coherencia/integridad en el tratamiento completo. Cada componente se evaluó de acuerdo con una escala Likert de 1 a

4 (1 = cumplimiento insuficiente; 4 = cumplimiento satisfactorio). Por último, se solicitaron observaciones y recomendaciones a los jueces evaluadores.

Evaluación de Criterios de Inclusión

Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I (Sheehan et al., 1998)

Es un instrumento diagnóstico diseñado en forma de entrevista por personal especializado en salud mental, consta de 163 ítems, y permite la identificación de algunos trastornos mentales tales como del estado de ánimo, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, de estrés postraumático, de alimentación, psicóticos, de dependencia y abuso de sustancias psicoactivas y de la personalidad antisocial. Su validación en Estados Unidos y Francia arrojó un valor de Kappa sobre .75. Lo que indica un resultado adecuado.

Evaluación del Efecto del Protocolo

Formato de Monitoreo Diario

Formato incluido en el protocolo a aplicar (BATD-GB), tiene como objetivos describir las actividades hora a hora y evaluar el grado de disfrute e importancia de cada una. Para la terapia permite identificar la frecuencia de conductas saludables y evitativas; así como, monitorear el estado anímico diario y planear actividades (Lejuez et al., 2011).

Escala de Depresión Ansiedad y Estrés DASS-21 (Antony et al., 1998)

Es un instrumento diseñado para evaluar la sintomatología emocional de ansiedad, depresión y estrés. La DASS-21 consta de 21 ítems, con 4 opciones de respuesta tipo Likert, desde 0 (no me ha ocurrido) hasta 3 (me ha ocurrido mucho o durante la mayor parte del tiempo). Validada en población colombiana por Ruiz et al. (2017); reportan excelente consistencia interna ($\alpha = .93$) y excelentes índices de bondad de ajuste para el modelo de 3 factores con un factor de segundo orden.

Escala de Observación de Recompensa Desde el Entorno EROS (Armento & Hopko, 2007)

La EROS es una escala diseñada para evaluar la percepción de recompensa del entorno, en otras palabras, mide el acceso a reforzadores en el contexto inmediato de un individuo. Es un instrumento de 10 reactivos con 4 opciones de respuesta que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo), de tipo Likert. Validada en Colombia por Valderrama et al. (2016) y Saavedra et al. (2023) con índices de consistencia interna $> .80$ tanto en Alpha de Chronbach como en omega de McDonald, estructura interna unidimensional con excelentes índices

de ajuste y evidencias de validez en la relación con sintomatología emocional, depresión y variables transdiagnósticas.

Escala de Activación Conductual BADS (Kanter et al., 2007)

La BADS evalúa comportamientos responsables del cambio en la BA. El instrumento tiene 25 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (0=totalmente en desacuerdo; 6 = Totalmente de acuerdo). Está conformado por 4 dimensiones: Activación, evitación/rumiación, afectación laboral/académica y deterioro social. La validación en Colombia mostró una excelente consistencia interna en la escala general ($\alpha=.92$) y excelentes índices de ajuste para la estructura de 4 dimensiones más una de segundo orden (Leal et al., 2023).

Procedimiento

Proceso de Adaptación

Fase I- Autorización y Adaptación

Se obtuvo el permiso de los autores del BATD-G (Garcés et al., 2022) para el acceso y uso en la presente investigación. Se adaptó el BATD en versión grupal, a una versión de 5 sesiones más una preliminar (BATD-G5) con el propósito de promover la relación costo-beneficio, sin perder las características principales del protocolo original, de otras terapias grupales y de otras terapias de BA. El proceso incluyó: a) revisión de la literatura; b) delimitación de objetivos por sesión; c) integrar en dos sesiones los objetivos, con sus respectivas actividades, de las tres sesiones iniciales dirigidas a la preparación para el tratamiento (monitoreo de la actividad; identificación de patrones evitativos y saludables; áreas vitales, valores y actividades; y jerarquía de activación); d) establecimiento de la cantidad de sesiones necesarias para la planeación de actividades; e) integración de elementos de aclaración de conceptos, mantenimiento de la planeación de actividades, prevención de recaídas y finalización del tratamiento; f) elección de formatos de registro.

Fase II- Validación de Contenido por Jueces

El contenido del protocolo adaptado fue evaluado por 13 jueces expertos a quienes se les proporcionaron instrucciones detalladas sobre cómo utilizar la plantilla de calificación y sobre cómo calificar cada uno de los criterios fidelidad, claridad, carga por sesión, coherencia, así como, ortografía y redacción, mediante un instrumento desarrollado en Excel. Se llevaron a cabo los ajustes solicitados por los jueces de acuerdo con los criterios establecidos.

Proceso de Evaluación del Efecto

Fase III- Convocatoria Para Pilotaje, Reclutamiento y Aplicación del Tratamiento

Se expuso el proyecto de investigación en los comités respectivos y posteriormente se otorgó la autorización para divulgación mediante redes sociales por parte del programa de psicología de una universidad privada de la ciudad de Pasto, Nariño en Colombia. Una vez las personas interesadas se ponían en contacto con el investigador se agendaron encuentros con cada uno de los candidatos para el estudio. Estos encuentros permitieron presentar los objetivos de la investigación, detallar las características de la intervención, las condiciones de la participación, proceso de evaluación, riesgos y beneficios, confidencialidad, voluntariedad, derecho a retirarse, y se explicaron en detalle los demás elementos del consentimiento informado.

Una vez firmado el consentimiento informado para realizar la evaluación de los criterios de inclusión y exclusión (entrevista MINI y DASS-21) se reclutaron 8 participantes iniciales. Posteriormente, se firmó un segundo consentimiento informado para el inicio de la intervención (BATD-GB) previa administración de las medidas de contraste. La aplicación de la intervención duró seis semanas consecutivas, con sesiones una vez por semana de dos horas cada una. En el transcurso de la intervención cuatro personas se retiraron durante las primeras tres sesiones del BATD-G5 por diversas razones (disponibilidad de tiempo, cambios en las rutinas académicas, o no informaron sobre su deserción). Una vez finalizado el protocolo se aplicaron las medidas postratamiento.

Fase IV – Seguimiento

Finalizada la aplicación del protocolo se solicitó a los participantes diligenciar el formato de monitoreo diario y la DASS-21 (una vez cada 7 días) hasta 21 días después de terminado el tratamiento. Por último, 15 días y un mes después de la última sesión del protocolo se aplicaron de nuevo las medidas de contraste.

Técnicas Para el Análisis de Datos

Adaptación del Protocolo

Para la evaluación de la adaptación del protocolo se estimó el acuerdo entre jueces expertos por medio del coeficiente Kappa Free (Randolph, 2008) en los criterios claridad, fidelidad, redacción, carga por sesión y coherencia. Valores menores que .40 se consideraron un acuerdo pobre, entre .40 y .75 de intermedio a bueno, y mayores a .75 excelentes (Fleiss, 1981).

Para determinar la valencia de las puntuaciones se realizó un análisis descriptivo de las medias y medianas para cada criterio. Puntuaciones cercanas a cuatro indican una valencia positiva, en contraste con las cercanas a uno que indican valencias

negativas. Para el proceso de corrección del protocolo acorde a la revisión de jueces se consideró que: a) puntuaciones de 4 en la mediana y mayores a 3.5 en la media no requieren correcciones; b) Valores superiores a 3 y hasta 3.5 en la media requieren correcciones mínimas. Puntuaciones mayores a 2 y hasta 3 en la media requieren correcciones extensas; y puntuaciones iguales o menores a 2 en la media requieren un replanteamiento del criterio o de la sesión.

Análisis del Efecto

Para evaluar el nivel, tendencia y variabilidad en los datos obtenidos en la línea de base, tratamiento y seguimiento, y con base en esto hacer la comparación de los cambios en consistencia y fiabilidad de éstos se realizaron análisis visuales con gráficas de frecuencia de las conductas evitativas, conductas saludables y la sintomatología emocional de acuerdo con el formato de monitoreo diario y las puntuaciones del DASS-21 en las fases A, B y seguimiento. Para el análisis visual de la frecuencia de conductas saludables y evitativas se grafica el promedio (eje y) cada 3 días (eje X) para cada participante. Para la sintomatología emocional se grafica las puntuaciones de cada subescala y del total del DASS-21 (eje y) cada semana (eje x).

Los análisis visuales fueron contrastados mediante el estadístico *Tau-U* que evalúa la no superposición de los datos en las fases, la tendencia intra fase y el control de la tendencia positiva en la línea de base de diseños de investigación AB o ABA (Parker et al., 2011). Para evaluar el tamaño del efecto valores *Tau-U* menores a .20 se asocian a un cambio pequeño, entre .20 y .60 moderado, entre .60 y .80 grande y valores *Tau-U* superiores a .80 corresponden a un cambio muy grande (Vannest & Ninci, 2015).

Respecto a las medidas de contraste clínico se hizo uso del criterio de cambio confiable (*RCCrit*) propuesto por Jacobson y Truax (1991), con la finalidad de determinar si los cambios obtenidos en los participantes fueron consecuentes al tratamiento aplicado. Se calculó el índice para la Percepción de reforzamiento medioambiental (*RCCrit* > 6), Activación (*RCCrit* > 9), Evitación/rumiación (*RCCrit* > 9), Afectación Laboral/académica (*RCCrit* > 9), Afectación Social (*RCCrit* > 7) y Activación general (*RCCrit* > 21).

Softwares Empleados

Para el análisis de acuerdo entre observadores, se usó el programa Online Kappa Calculator (Randolph, 2008). Para el análisis estadístico que respalda el análisis visual, se utilizó la calculadora *Tau-U* del sitio web de la organización Single Case Research (Vannest et al., 2016). Para calcular el índice de cambio fiable se utilizó la calculadora del índice de cambio fiable online (Vélez, 2023).

Resultados

Validación por Jueces

La Tabla 1 muestra los índices de concordancia obtenidos para la evaluación del protocolo, los criterios de claridad, fidelidad, redacción y carga por sesión presentaron un acuerdo entre intermedio a bueno. La coherencia ($k_{free} = .79$) mostró una consistencia excelente.

Tabla 1

Índice Kappa y Porcentaje de Acuerdo de la Evaluación del Protocolo por Jueces

	<i>Claridad</i>	<i>Fidelidad</i>	<i>Redacción</i>	<i>Carga por sesión</i>	<i>Coherencia</i>
<i>k_{free}</i> [IC 95%]	.43 [.33, .53]	.42 [.35, .49]	.41 [.25, .57]	.64 [.41, .87]	.79 [N/A]
Porcentaje de acuerdo	57.33%	56.41%	55.67%	72.89%	84.62%

En la Tabla 2, se presentan las medias y las medianas de las puntuaciones de la evaluación por jueces para cada criterio en cada sesión del protocolo adaptado, así como para el protocolo completo. El componente redacción presentó medianas menores a 4 y medias entre 3 y 3.5, lo que sugirió ajustes mínimos; en los demás criterios se encontraron medianas de 4 y promedios superiores a 3.5 para cada sesión y el protocolo completo. A partir de estas puntuaciones se llevaron a cabo las modificaciones o ajustes correspondientes.

Tabla 2

Media y Mediana de las Valoraciones de Expertos Para Cada Criterio por Sesión y Para el Protocolo Completo

Sesión	Claridad		Fidelidad		Redacción		Carga por sesión		Coherencia	
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>
<i>Preliminar</i>										
<i>r</i>	3.76	4	3.86	4	3.53	4	3.46	4	N/A	N/A
<i>1</i>	3.69	4	3.71	4	3.38	3	3.69	4	N/A	N/A
<i>2</i>	3.62	4	3.69	4	3.46	3	3.84	4	N/A	N/A
<i>3</i>	3.61	4	3.69	4	3.46	3	4	4	N/A	N/A
<i>4</i>	3.69	4	3.69	4	3.69	4	3.92	4	N/A	N/A
<i>5</i>	3.84	4	3.69	4	3.69	4	4	4	N/A	N/A
<i>Protocolo Completo</i>	3.61	4	3.69	4	3.14	3	3.69	4	3.92	4

Efecto del Protocolo

Medidas Repetidas

Se muestran los resultados obtenidos para las participantes (P1 a P4) y se realizan análisis a partir de las medidas repetidas y su respaldo estadístico (*Tau-U*), con gráficos de las series de tiempo que se presentan en la Figura 1 de conductas saludables y evitativas; así como los gráficos de series de tiempo de la sintomatología emocional (Figura 2).

Análisis Intra-Fase de Línea de Base

En la Figura 1 se presentan los promedios cada tres días de las frecuencias de conductas evitativas y saludables en cada uno de los participantes; adicionalmente se señala en el eje X las semanas que corresponden a cada uno de los momentos de medida ya sea en las sesiones del BATD-GB o los momentos de seguimiento: a) Fase A, conformación del grupo, monitoreo de conducta, diligenciamiento del inventario de áreas vitales, valores y actividades, y construcción de la jerarquía de activación, que corresponde a la administración de las sesiones cero, uno y dos del BATD-G; b) Fase B, administración del componente activo del tratamiento, planeación de actividades en las sesiones tres y cuatro, así como prevención de recaídas y cierre del tratamiento en la sesión cinco; y c) Fase Seg, de seguimiento.

Se observan frecuencias de conductas *evitativas* inestables en la fase A en las P1 y P3. Las frecuencias de estas conductas en la P2 y P4 presentan mayor inestabilidad en la línea de base. Estas frecuencias intrafase no muestran tendencias

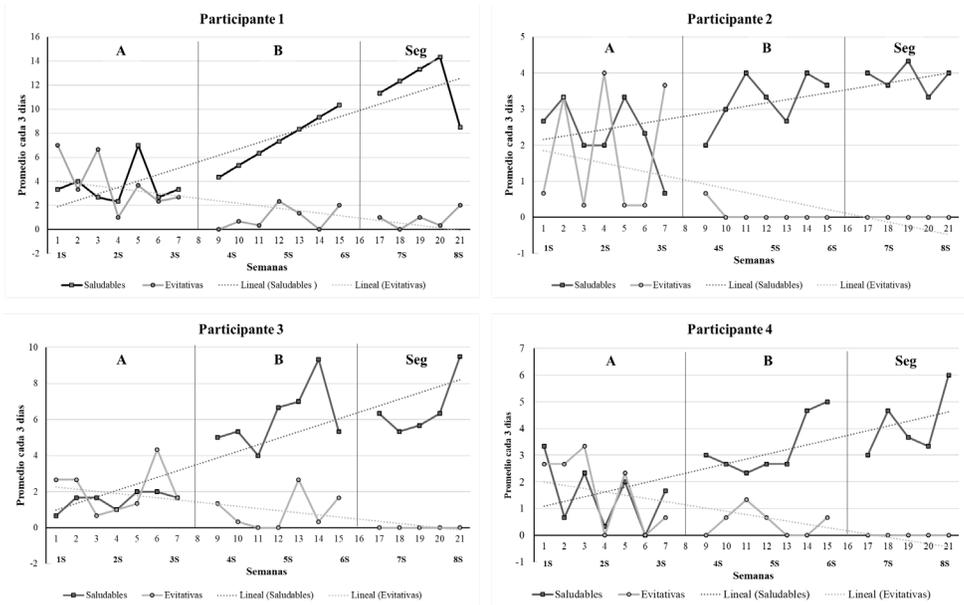
en el análisis estadístico, con tamaños entre *pequeño* y *muy grande* que no fueron significativas en ninguno de los participantes (*Tau-U* entre -1 y 1 , $p > .05$) como se muestra en la Tabla 3.

En las conductas *saludables* (fase A) se encuentran tendencias de algunos participantes a ser estables y otras a tener alta la variabilidad; el P2 presentó disminución al final de la línea de base y el P4 muestra alta variabilidad. La prueba estadística muestra un tamaño del efecto *moderado* sin tendencias significativas en ninguno de los participantes (*Tau-U* = $.333$; $p > .05$).

Con relación a la sintomatología emocional, tanto en el total como en las dimensiones (depresión, ansiedad y estrés) se observaron tendencias negativas en todos los participantes; a excepción del P2 en síntomas de ansiedad. La prueba estadística arrojó valores *Tau-U* de magnitudes pequeñas y muy grandes (ver Figura 2), aunque ninguna resultó significativa en la prueba estadística ($p > .05$).

Figura 1

Gráfico de Series de Tiempo de Frecuencia de Conductas Objeto Saludables y Evitativas (Gráfica por Cada Participante)



Nota. La fase A (1S, 2S y 3S) corresponden a las semanas donde se administraron las sesiones cero, uno y dos del protocolo adaptado. El componente activo se administró en la fase B durante las semanas cuatro, cinco y seis, que corresponden a las sesiones 3, 4 y 5 del BATD-G5. La fase de seguimiento (Seg) dos semanas de registro de monitoreo diario.

Análisis Entre Fases

Conductas Saludables y Evitativas

En las conductas saludables el análisis visual mostró que todos los participantes presentaron cambios de nivel al comparar la fase A con las demás lo que correspondió con los valores *Tau-U* significativos ($p < .00$) de tamaño grande y muy grande de valencia positiva en los contrastes del ponderado de todos los participantes (ver Tabla 3).

Las conductas evitativas mostraron un cambio de nivel en los contrastes de la fase A con el tratamiento y con el seguimiento en todos los participantes, los valores *Tau-U* del ponderado de todos los sujetos presentaron tamaños del efecto entre moderados y grandes de valencia negativa y significativos ($p < .00$).

Referente a la comparación de B con el seguimiento se encontraron cambios significativos de valencia negativa en las conductas evitativas ($p < .04$) y positiva en las saludables ($p < .00$) en el ponderado de todos los sujetos, con tamaños del efecto moderados en los valores *Tau-U* (ver Tabla 3).

Síntomas Emocionales

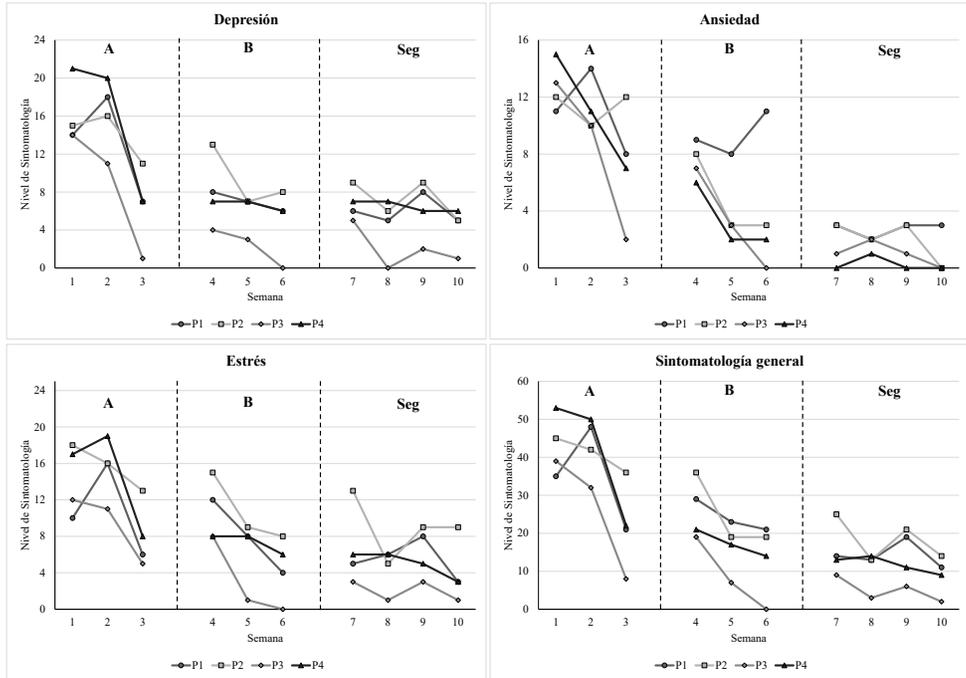
El análisis visual de los síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en los contrastes de la línea de base (A) con la fase de intervención (B) y con el seguimiento (S) mostró que todos los participantes presentan un cambio de nivel al comparar la fase A con las demás (ver Figura 2). La inspección visual de las puntuaciones semanales de los síntomas emocionales corresponde con el análisis estadístico con valores *Tau-U* significativos ($p < .01$) de tamaño grande y muy grande de valencia negativa en los contrastes del ponderado de todos los participantes (ver Tabla 3).

La sintomatología emocional general (DASS-21 total) presentó cambios de nivel en los contrastes de la fase A con el tratamiento y con el seguimiento en todos los participantes. Los valores *Tau-U* del ponderado de todos los sujetos muestran tamaños del efecto grandes (A vs B) y muy grandes (A vs S) de valencias negativas y significativos ($p < .00$) congruentes con el análisis visual de los datos de las conductas evitativas.

La comparación de B con el seguimiento mostró cambios significativos de valencias negativas en los síntomas de ansiedad ($p < .00$) y en la sintomatología emocional total ($p < .00$) de tamaños de efecto grandes en los valores *Tau-U* del ponderado de todos los sujetos (ver Tabla 3).

Figura 2

Medidas Repetidas de Síntomas Emocionales (DASS-21 y sus Dimensiones) en Cada Participante



Nota. La fase A corresponden a las tres semanas donde se administraron las sesiones cero, uno y dos del protocolo adaptado. El componente activo se administró en la fase B, durante las semanas cuatro, cinco y seis, que corresponden a las sesiones 3, 4 y 5 del BATD-G5. La fase de seguimiento (Seg) cuatro semanas de aplicación del DASS-21.

Tabla 3
Prueba Estadística (Tau-U) de Tendencias de las Medidas Primarias

Label	EVITATIVAS		SALUDABLES		DEPRESIÓN		ANSIEDAD		ESTRÉS		SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL		
	Tau	CI 90%	Tau	CI 90%	Tau	CI 90%	Tau	CI 90%	Tau	CI 90%	Tau	CI 90%	
TENDENCIAS FASE A													
P1	A vs A	-.43	.18	[-.95,.09]	-.05	.88	[-.57,.47]	-.33	.60	[-1,.72]	-.33	.60	[-1,.72]
P2	A vs A	.00	1	[-.52,.52]	-.33	.29	[-.86,.19]	-.33	.60	[-1,.72]	-.00	1	[-1,1]
P3	A vs A	.10	.76	[-.43,.62]	.43	.18	[-.09,.95]	-.1	.12	[-1,.05]	-.1	.12	[-1,.05]
P4	A vs A	-.43	.18	[-.95,.09]	-.43	.18	[-.95,.09]	-.1	.12	[-1,.05]	-.33	.60	[-1,.72]
CONTRASTES ENTRE FASES													
P1	A vs B	-.86	.01	[-1,.33]	.88	.01	[.35,1]	-.67	.19	[-1,.17]	-.33	.51	[-1,.05]
	A vs S	-.89	.01	[-1,.31]	1	.00	[-42,1]	-.83	.29	[-1,.06]	-.75	.11	[-1,.23]
	B vs S	-.03	.94	[-.61,.55]	.89	.01	[-31,1]	-.50	.08	[-1,.28]	-.42	.38	[-1,.36]
P2	A vs B	-.86	.01	[-1,.33]	.57	.07	[.05,1]	-.78	.13	[-1,.06]	-.78	.13	[-1,.06]
	A vs S	-.1	.00	[-1,.42]	.94	.01	[.36,1]	-.1	.03	[-1,.23]	-.1	.03	[-1,.23]
	B vs S	-.14	.68	[-.72,.44]	.54	.12	[-.04,1]	-.33	.48	[-1,.44]	-.17	.72	[-.94,.61]
P3	A vs B	-.55	.08	[-1,.03]	1	.00	[.48,1]	-.56	.28	[-1,.28]	-.78	.13	[-1,.06]
	A vs S	-.1	.00	[-1,.42]	1	.00	[.42,1]	-.08	.86	[-1,.19]	-.92	.05	[-1,.14]
	B vs S	-.71	.04	[-1,.14]	.26	.46	[-.32,0.84]	-.58	.22	[-.86,.69]	.17	.72	[-.61,.94]
P4	A vs B	-.45	.16	[-.97,.08]	.78	.02	[.25,1]	-.78	.13	[-1,.06]	-.78	.13	[-1,.06]
	A vs S	-.71	.04	[-1,.14]	.91	.01	[.34,1]	-.17	.72	[-1,.06]	-.1	.03	[-1,.05]
	B vs S	-.57	.10	[-1,.01]	.54	.12	[-.04,1]	-.83	.08	[-.94,.61]	-.83	.08	[-1,.06]
TODOS LOS PARTICIPANTES													
Label	Tau	p	CI 95%	Tau	p	CI 95%	Tau	p	CI 95%	Tau	p	CI 95%	
	A vs B	-.68	.00	[-.99,-.37]	.81	.00	[.49,1]	-.69	.01	[-1,-.20]	-.72	.00	[-1,-.22]
	A vs S	-.90	.00	[-1,-.56]	.96	.00	[.62,1]	-.81	.00	[-1,-.35]	-.98	.00	[-1,-.52]
B vs S	-.36	.04	[-.71,-.02]	.56	.00	[.21,.90]	-.27	.25	[-.73,.19]	-.77	.00	[-1,-.31]	

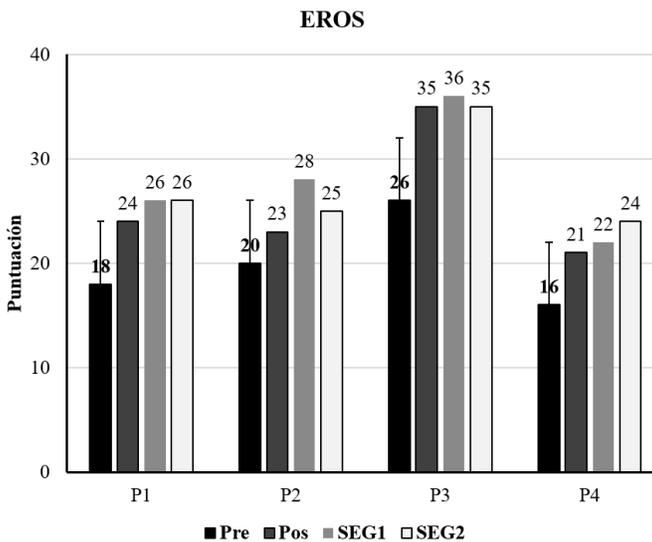
Medidas de Contraste Clínico

Percepción de Reforzamiento Medioambiental

Las puntuaciones de la EROS (ver Figura 3) mostraron incremento que superó el índice de Jacobson y Truax (1991) con cambio clínicamente significativo ($RCCrit > 6$) en el contraste de la evaluación Pre con alguna de las otras medidas de cada uno de los participantes.

Figura 3

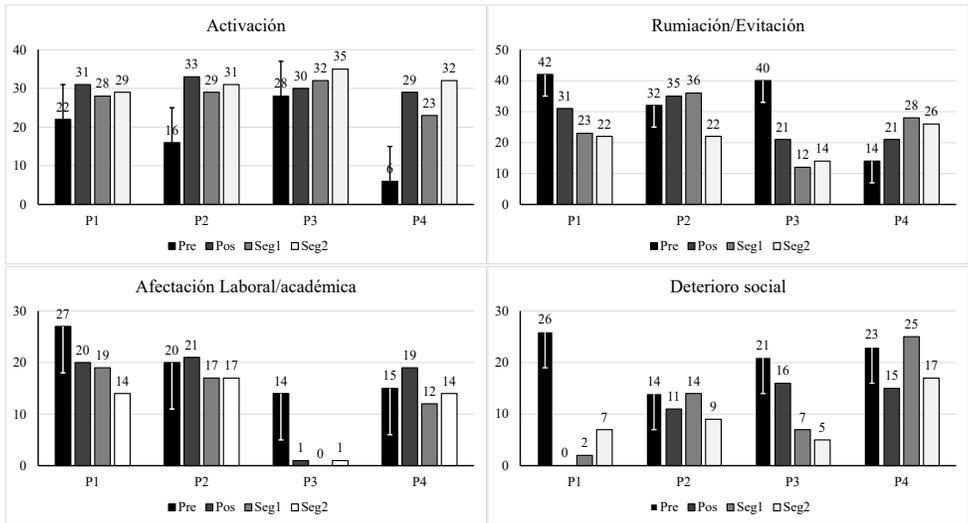
Puntuaciones de la EROS en Cada Momento de Medida por Participante



Factores de Cambio de la AC y Afectación de Áreas de Ajuste

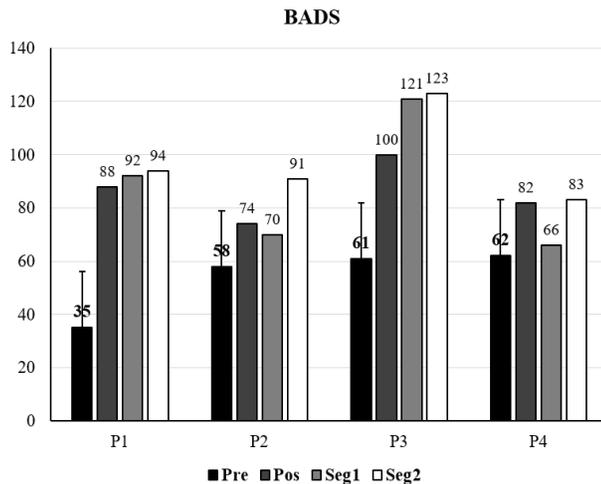
En el análisis de las dimensiones de la BADS (ver Figura 4) se encontró que en activación los P1, P2 y P4 logran el $RCCrit$ en el contraste Pre con Post (incremento), mientras que el P3 no logró superarlo en ningún contraste (ver Figura 4). En cuanto a Evitación/Rumiación los P1, P2 y P3 lograron superar este criterio (disminución) al comparar las mediciones pre con algunas de las otras fases (ver Figura 4). Referente a Afectación Laboral/académica los P1 y P3 superaron el $RCCrit$ (disminución) en el contraste Pre con SEG2, mientras que P2 y P4 no lograron superar este criterio en ninguna de las comparaciones entre fases (ver Figura 4). La Afectación social de los P1, P3 y P4 disminuye y superan el $RCCrit$ al comparar la medida PRE con algunas de las demás medidas (ver Figura 4).

Figura 4
Puntuaciones de los Factores de Cambio de la AC y Afectación de Áreas de Ajuste de Cada Participante



En cuanto al puntaje total de la escala de activación conductual se identificó que los P1, P2 Y P3 lograron superar el *RCCrit* (incremento) al comparar la medida pre con el seg2, no obstante, en el P4 no superó el criterio (ver Figura 5).

Figura 5
Contraste Clínico del Nivel de Activación (BADS) en Cada uno de los Participantes



Discusión

En la presente investigación se buscó aportar evidencias relacionadas con incrementar la eficiencia de la BA por medio de la adaptación de contenido del protocolo BATD a un formato grupal de cinco sesiones y la evaluación del efecto del protocolo adaptado en cuatro estudiantes universitarias con criterios diagnósticos para más de un trastorno emocional y elevados niveles de sintomatología emocional. Los resultados dan cuenta de un proceso de adaptación exitoso en términos de contenido y la evaluación del efecto mostró que dichos efectos son significativos de un tamaño entre grande y muy grande tanto en la gama de sintomatología específica y general, como en la frecuencia de conductas saludables y depresivas.

La evaluación de los jueces expertos de la adaptación del BATD en formato grupal a cinco sesiones mostró calificaciones altas en los criterios de claridad, fidelidad y carga por sesión. Las valoraciones de los jueces dan cuenta de un contenido sin ambigüedad y el mantenimiento de los objetivos/actividades propias de la BA en cada sesión y en el protocolo completo; sin exceder los alcances en una sesión de BA en modalidad grupal (sobrecarga). La calificación del criterio de coherencia (tratamiento completo) indicó que el orden de las sesiones y de las actividades propuestas constituyen un tratamiento integro. Los resultados del proceso de evaluación de contenido de la adaptación del protocolo indican una valencia positiva en la mayoría de los criterios tanto en las sesiones como en el tratamiento completo. Uno de los puntos en que más se dio relevancia en la adaptación fue la sobrecarga, cantidad de objetivos alcanzables por sesión, dado que fue un fenómeno observado en la aplicación en Colombia de los protocolos de única sesión para universitarios (Reyes et al., 2019) y cuidadores (Cuevas, 2020).

En la evaluación del efecto del protocolo las conductas saludables y evitativas presentaron cambios esperados al contrastar las fases A, B y seguimiento. Las conductas saludables presentaron un incremento significativo con un tamaño del efecto “muy grande” en cada una de las participantes en los contrastes de la fase A con el Seguimiento. Las P1, P3 y P4 presentaron tamaños del efecto grandes y muy grandes en los contrastes de las fases A y B. Las conductas evitativas disminuyeron significativamente en las P1 y P2 y todas las participantes presentaron disminución “muy grande” al contrastar A con seguimiento. Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados en Colombia en los estudios que han utilizado el protocolo BATD (Lejuez et al, 2011) y la adaptación de Garcés et al. (2022), así como con los resultados expuestos por Pinzón y Bianchi (2023) con cinco sesiones. Al realizarse el análisis visual y estadístico (Figura 1, Tabla 1) puede afirmarse que la administración del BATD-G5 presentó un efecto favorable en la modificación de patrones comportamentales en las participantes, coherente con los planteamientos de la ley de igualación de Herrnstein (1961) que sustentan este protocolo. De acuerdo con la ley de igualación, aplicada al BATD, es importante ajustar las tasas de reforzamiento para conductas saludables y evitativas, lo que implica disminuir los comportamientos depresivos y aumentar los saludables, incrementando la probabilidad de acceder a reforzamiento positivo (Bianchi & Henao, 2015).

En la evaluación del efecto sobre sintomatología emocional se identificó disminución con cambios de severidad importantes en la puntuación del DASS-21 total y las de sus dimensiones Depresión, Ansiedad y Estrés. Todas las participantes presentaron puntuaciones de depresión y ansiedad extremadamente severa en el inicio de la intervención, y al finalizar la fase de seguimiento se ubicaron entre síntomas leves y ausencia de sintomatología. De manera general este resultado es consistente con las investigaciones del BATD en modalidad grupal en depresión severa recurrente (O'Mahen et al., 2019), en adultos con depresión mayor (Pinzón & Bianchi, 2023), universitarios con sintomatología depresiva (Reyes et al., 2019; Garcés et al., 2021); así como, reportes de investigación sobre la efectividad de la BA en ansiedad (Fernández, 2017; Stein et al., 2021). En lo particular, los tamaños del efecto fueron mayores para ansiedad y estrés que para depresión; lo que coincide con lo reportado por Coto et al. (2020) que encontraron efectos significativos en depresión y ansiedad, sin embargo, los efectos fueron mayores en depresión.

En línea con lo anterior, aunque la BA ha mostrado resultados favorables en el estrés (Zamani et al., 2019), y el BATD presenta características relevantes que lo hacen una opción viable al momento de intervenir en síntomas de estrés (Cuevas, 2020), regularmente no se encuentran mejores efectos en el estrés que en la depresión. Sin embargo, en la presente investigación la evaluación del estrés se llevó a cabo con la DASS-21 en su dimensión estrés, las puntuaciones altas en esta dimensión se han contemplado como un indicador afín a la preocupación o irritabilidad (Szabo & Lovibond, 2022), más cercano a un estado de ansiedad generalizada (Ruiz et al., 2017). Este tipo de resultado indica un posible efecto en aspectos ligados a variables transdiagnósticas como el pensamiento negativo repetitivo (rumia y preocupación), como ya se ha mostrado desde la BA en pensamientos automáticos (Nieto Fernández & Barraca Mairal, 2017) y ansiedad generalizada (Berg et al., 2023).

Los resultados encontrados en el análisis de las medidas repetidas (inspección visual y análisis estadístico) muestran que el incremento en conductas saludables (activación) parece estar estrechamente relacionado con la disminución de conductas evitativas (evitación), y estos procesos se han postulado como dos caras de la misma moneda transdiagnóstica (Fernández-Rodríguez et al., 2018), observada en los resultados en depresión ansiedad y estrés (DASS-21) en las cuatro participantes.

Con relación a las medidas de contraste clínico se observó que la percepción del reforzamiento medioambiental (EROS) en todas las participantes logró superar el *RCCrit* al comparar el Pre con alguno de los dos seguimientos (siendo el P1, P2 y P3 aquellos que superaron el *RCCrit* en el Seg1 y el P4 en el Seg2). Este resultado presenta similitudes con los hallazgos encontrados en diferentes estudios en los cuales se aplicó el BATD en Colombia (Hernández-Mariño et al., 2024; Garcés et al., 2022; Pinzón & Bianchi, 2023; Uribarren, 2020); y se ajusta a lo esperado en la BA, ya que un bajo nivel de RCPR, se ha relacionado durante mucho tiempo con un mayor malestar emocional (Gill et al., 2019).

Respecto a los factores de cambio de la activación conductual (BADS total) se evidenció que las P1 y P3 presentaron aumento significativo al contrastar la fase Pre

con el Post, mientras que la P2 superó el *RCCrit* al comparar el pre con el Seg2. Por otra parte, la P4 no obtuvo un aumento significativo en ninguno de los contrastes. En cuanto a las subescalas de la BADS se observó que todas las participantes presentaron mejoría en varias (P2, P3 y P4) o todas (P1) las dimensiones. La P4 obtuvo el cambio esperado en la activación y deterioro social; sin embargo, presentó un cambio opuesto al esperado en la subescala de Rumiación/Evitación, con un aumento significativo en su puntuación al contrastar el Pre con las demás fases.

Estos resultados (a excepción del caso del P4) presentan similitudes con los hallazgos obtenidos en Colombia por Pinzón y Bianchi (2023), Hernández-Mariño et al. (2024) y Montoya (2021) donde reportan cambios en las medidas de contraste de la BADS y sus dimensiones luego de la administración del BATD en personas con sintomatología emocional. Estas investigaciones reportaron incrementos en la Activación de los participantes y decremento en la Evitación/Rumiación, Afectación Laboral/Académica y deterioro social, similar a lo encontrado en la presente investigación.

Los resultados obtenidos en este estudio de caso único AB sugieren que, aunque la activación conductual puede ser una intervención efectiva para reducir la ansiedad, su eficacia puede verse modulada por la presencia de variables extrañas, como eventos vitales estresantes (P2) y cambios en el estilo de vida (P4). Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar un enfoque individualizado en la terapia, adaptando las intervenciones a las características y circunstancias particulares de cada paciente.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se podrían mencionar las amenazas a la validez interna, dadas las características individuales y las fuentes de error (puntuaciones disimiles, edades, historia, maduración). Amenazas a la validez externa, referidas a posibles efectos de novedad tanto por parte del terapeuta como por el tratamiento en sí mismo.

En el caso de la sintomatología emocional, las medidas repetidas contaron con solo tres momentos en la fase A, aunque se observaron tendencias de magnitudes grandes, en el análisis estadístico no resultaron significativas. Por tal razón, se sugiere realizar futuras investigaciones con un mayor número de mediciones en la línea de base, e incluir diseños de línea de base múltiple con tratamientos no concurrentes (Losada & Marmo, 2022). Un control más exhaustivo de la muestra y de variables afines a la adherencia al tratamiento, podría reducir el grado de atrición de los participantes, ya que en el transcurso de las primeras tres sesiones se retiró la mitad de los participantes, lo cual podría constituirse en una amenaza a la validez interna de la investigación.

Por último, los resultados en las dimensiones de estrés, del DASS-21, y Evitación/Rumiación de la BADS, sugieren robustecer la investigación sobre la eficacia del protocolo adaptado, una intervención centrada en el manejo de contingencias, sobre los patrones desadaptativos de pensamiento en variables cognitivas o verbales. En

la revisión de la literatura se encuentra como la BA genera cambios favorables en la reducción de los pensamientos negativos automáticos en situaciones de ansiedad (Nieto Fernández & Barraca Mairal, 2017).

Conclusión

La administración del BATD-G5 presentó un efecto significativo y de magnitud grande en la sintomatología emocional (síntomas depresión, ansiedad y estrés), la frecuencia de las conductas saludables y evitativas; así como, la mayoría de los participantes cumplieron el *RCCrit* en la percepción del reforzamiento medioambiental y el nivel de activación conductual. Por lo cual, se puede afirmar que el BATD-G5 es una intervención transdiagnóstica, con una proyección favorable para hacer frente a trastornos emocionales y afectivos (incluyendo condiciones comórbidas), debido a las características de efectividad, eficiencia y eficacia demostradas de la BA, y los beneficios de la intervención grupal.

Referencias

- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Armento, M., & 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>
- Barlow, D., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior changes*. Pearson Education.
- Berg, H., Akeman, E., McDermott, T. J., Cosgrove, K. T., Kirlic, N., Clausen, A., ... & Aupperle, R. L. (2023). A randomized clinical trial of behavioral activation and exposure-based therapy for adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Mood and Anxiety Disorders, 100004*. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100004>
- Bianchi, J., & 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>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5)-adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press.
- Coto, R., Fernández, C., & Gonzáles, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica, 38*(1), 63-84. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/271/321>
- Cuevas, W. (2020). Efectividad de un tratamiento de única sesión de activación conductual para reducir síntomas depresivos en cuidadores de personas con enfermedades crónicas. [Tesis de Maestría] Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology, 15*(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- 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), e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in Psychology, 9*, 1618. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley and Sons.
- Garcés, D., Romero, P., Bianchi, J., & Montoya, C. (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://doi.org/10.32870/ac.v30i1.81388>

- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. (2009). Behavioral Activation for Moderately Depressed University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 468-475. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016383>
- Gill, C. C., Kane, R. T., & Mazzucchelli, T. G. (2019). Activation, avoidance, and response-contingent positive reinforcement predict subjective wellbeing. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 20*(2), 331-349. <https://doi-org.ezproxy.uky.edu/10.1007/s10902-017-9949-8>
- Guaidía, A. (2020). Efecto de la aplicación del tratamiento de activación conductual breve (BATD-G) en seis adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor [Tesis de Maestría en Psicología Clínica]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Hernández S., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*^a. McGraw-Hill.
- Hernández-Mariño, E., Bianchi, J. M., & Toro, R. (2024). Efecto del Tratamiento Grupal Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-G) en personas privadas de la libertad. *Acta Colombiana de Psicología, 27*(1), 117-138. <https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.1.6>
- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 4*(3), 267-272. <https://doi.org/10.1901/jeab.1961.4-267>
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 59*, 12-19. <https://doi.org/10.1037%2F0022-006X.59.1.12>
- Janssen, N. P., Hendriks, G. J., Sens, R., Lucassen, P., Voshaar, R. C. O., Ekers, D., ... & Bosmans, J. E. (2024). Cost-effectiveness of behavioral activation compared to treatment as usual for depressed older adults in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 350*, 665-672. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.109>
- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., & 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>
- Landman, W., Bogaerts, S., & Spreen, M. (2024). Typicality of Level Change (TLC) as an additional effect measure to NAP and Tau-U in single case research. *Behavior Modification, 48*(1), 51-74. <https://doi.org/10.1177/01454455231190741>
- Leal, D., Bianchi, J., Montoya, C., & Villalba, J. (2023). Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs): confiabilidad, estructura interna y otras evidencias de validez en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP, 70*(4), 5-17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP70.4.01>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (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>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Limpächer, C., Ziem, M., & Hoyer, J. (2023). Effects of behavioral activation group treatment prior to individual therapy for depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 52(3), 132–141. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000707>
- Losada, A., & Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en Psicología. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Manos, C., Kanter, J., & Busch, A. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 547-561. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.008>
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., . . . Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 55-71. <https://doi.org/10.1037/a0017939>
- Malik, K., Ibrahim, M., Bernstein, A., Venkatesh, R. K., Rai, T., Chorpita, B., & Patel, V. (2021). Behavioral Activation as an ‘active ingredient’ of interventions addressing depression and anxiety among young people: a systematic review and evidence synthesis. *BMC psychology*, 9, 1-23. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00655-x>
- Montoya, J. (2021). Adaptación y aplicación del protocolo BATD-R de activación conductual en adultos colombianos con sintomatología depresiva en una modalidad de atención telepsicológica [Tesis de Maestría en Psicología Clínica]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
- Nieto Fernández, E., & Barraca Mairal, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29 (2), 172-177. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.325>
- O’Mahen, H. A., Moberly, N. J., & Wright, K. A. (2019). 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., Vannest, K., Davis, J., & Sauber, S. (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>
- Patel, A. R., Weobong, B., Patel, V. H., & Singla, D. R. (2019). Psychological treatments for depression among women experiencing intimate partner violence: findings from a randomized controlled trial for behavioral activation in Goa, India. *Archives of women’s mental health*, 22, 779-789. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00992-2>

- Pinzón, L., & Bianchi, J. (2023). Activación Conductual: Efecto en Adultos Bogotanos con Depresión en Sesiones Presenciales y en Línea. *Acta Comportamental: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento*, 31(3), 525-545. <https://doi.org/10.32870/ac.v31i3.86453>
- Pohl, J. S., & Fleury, J. (2024). Behavioral activation for family caregiver connectedness: Adaptation of an evidenced based intervention. *Geriatric Nursing*, 56, 285-290. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.02.016>
- Randolph, J. J. (2008). Online Kappa Calculator [Computer software]. <http://justus.randolph.name/kappa>
- Read, A., Mazzucchelli, T., & Kane, R. (2016). A preliminary evaluation of a single session behavioural activation intervention to improve well-being and prevent depression in carers. *Clinical Psychologist*, 20, 36-45. <https://doi.org/10.1111/cp.12084>
- Reyes-Buitrago, P. L., Bianchi, J. M., Suárez, J. C., & 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>
- Reyes, P., Uribe, J., & Bianchi, J. (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>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & 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(1), 97-105. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624007>
- Saavedra, E., Bianchi, J., & Villalba, J. (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>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15175_mini-international-neuropsychiatric-interview-mini.pdf
- Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., & 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/10.1016/j.beth.2019.01.003>

- 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 Journal of Psychiatry*, 10 (2). 71-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752528/>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & 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>
- Szabo, M & Lovibond, P. (2022). Development and Psychometric Properties of the DASS-Youth (DASS-Y): An Extension of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) to Adolescents and Children. *Frontiers in Psychology*, (13). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.766890>
- Uribarren, M. (2020). Efecto del tratamiento breve de activación conductual para la depresión (BATD-R) sobre sintomatología depresiva en una muestra con esclerosis lateral amiotrófica [Tesis de Maestría]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- 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.vero>
- Vannest, K. & Ninci, J. (2015). Evaluating intervention effects in single-case research designs. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 403-411. <https://doi.org/10.1002/jcad.12038>
- Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application]. Texas A&M University. Retrieved Friday 1st March 2024. Available from singlecaseresearch.org
- Vélez, C.H. (2023). Calculadora del Índice de Cambio Fiable (ICF). [en línea]. [consulta: enero 2024]. <https://carloshvelez.github.io/icf/>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (sixth edition ed.). Basic Books.
- Zamani, N., Raesi, Z., & Zamani, S. (2019). Effect of group behavioral activation on depression, anxiety and stress in adjustment: three-case study. *Journal of Research & Health*, 9(3), 227-235. https://research.iaun.ac.ir/pd/raesi/pdfs/UploadFile_8966.pdf

(Received: July 04, 2024; Accepted: December 16, 2024)