

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

Group therapy of behavior activation in patients of a center of community intervention
of Lima, Perú

Alvaro Okumura C.*

ABSTRACT

Behavioral Activation (BA) is a treatment that has demonstrated efficacy in major depressive disorder, and the management of its symptoms. The aim of this study is to evaluate the efficacy of BA in participants with depressive symptoms attending a community intervention center located in Lima, Peru. A quasi-experimental study was applied, divided in experimental group (n=19), and group control (n=17). It was assessed depression (BDI-II), activation and avoidance levels (BADS), and contingent positive reinforcement levels (EROS) with psychometric instruments. Statistical differences in all the assessed processes were identified in the experimental group (depression, $Z=-3.79$, $p<.001$; activation, $Z=-3.71$, $p<.001$; avoidance, $Z=-3.49$, $p<.001$; contingent positive reinforcement, $Z=-3.63$, $p<.001$), but not in the group control. In the post-test phase, it was compared the variables between groups, finding statistical differences in all processes evaluated (depression, $Z=-3.24$, $p<.001$; activation, $Z=-4.01$, $p<.001$; avoidance, $Z=-3.50$, $p<.001$; contingent positive reinforcement, $Z=-2.68$, $p<.01$) and presenting the major changes in the experimental group. All the results with statistical differences obtained a large effect size.

Keywords: Behavioral Activation, depression, activation, avoidance, contingent positive reinforcement

*Correspondencia: Alvaro Okumura C. Escuela de Psicología.

E-mail:

Fecha de recepción: 09 de octubre del 2018

Fecha de aceptación: 26 de octubre del 2018

RESUMEN

Activación Conductual (AC) es un tratamiento que ha demostrado alta eficacia en el trastorno depresivo mayor y en el manejo de sus síntomas. Ante ello, el objetivo del presente estudio es evaluar qué tan eficaz es AC en participantes con síntomas depresivos en un centro de intervención comunitario de Lima, Perú. Se realizó un estudio cuasiexperimental, divididos en grupo experimental (n=19), y grupo control (n=17). Se evaluaron síntomas depresivos/depresión (BDI-IIA), niveles de activación y evitación (BADS), y niveles de refuerzo positivo contingente (EROS) a través de diversos instrumentos psicométricos. Al aplicarse el programa, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los procesos evaluados del grupo experimental (depresión, $Z=-3.79$, $p<.001$; activación, $Z=-3.71$, $p<.001$; evitación, $Z=-3.49$, $p<.001$; refuerzo positivo contingente, $Z=-3.63$, $p<.001$), mas no en el grupo control. Se comparó los puntajes obtenidos en fase pos-test de ambos grupos, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (depresión, $Z=-3.24$, $p<.001$; activación, $Z=-4.01$, $p<.001$; evitación, $Z=-3.50$, $p<.001$; refuerzo positivo contingente, $Z=-2.68$, $p<.01$) y presentándose mayores cambios en el grupo experimental. Todas las diferencias estadísticamente significativas obtuvieron un tamaño del efecto grande.

Palabras claves: Activación Conductual, depresión, activación, evitación, refuerzo positivo contingente

RESUMO

A Ativação Comportamental (CA) é um tratamento que demonstrou alta eficácia no transtorno depressivo maior e no tratamento de seus sintomas. Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da AC em participantes com sintomas depressivos em um centro de intervenção comunitária em Lima, Peru. Foi realizado um estudo quase experimental, dividido em um grupo experimental (n = 19) e um grupo controle (n = 17). Sintomas depressivos / depressão (BDI-IIA), níveis de ativação e evitação (BADS) e níveis contingentes de reforço positivo (EROS) foram avaliados através de vários instrumentos psicométricos. Quando o programa foi aplicado, foram obtidas diferenças estatisticamente significantes nos processos avaliados do grupo experimental (depressão, $Z = -3,79$, $p <0,001$; ativação, $Z = -3,71$, $p <0,001$; evasão, $Z = -3,49$, $p <0,001$; reforço positivo contingente, $Z = -3,63$, $p <0,001$), mas não no grupo controle. Os escores obtidos na fase pós-teste de ambos os grupos foram comparados, obtendo diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis (depressão, $Z = -3,24$, $p <0,001$; ativação, $Z = -4,01$, $p <0,001$; evasão, $Z = -3,50$, $p <0,001$; reforço positivo contingente, $Z = -2,68$, $p <0,01$) e apresentando grandes alterações no grupo experimental. Todas as diferenças estatisticamente significativas obtiveram um grande tamanho de efeito.

Palavras-chave: Ativação Comportamental, depressão, ativação, prevenção, reforço positivo contingente

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno psicológico con mayor prevalencia internacionalmente (Barraca y Pérez, 2015). Perú no es la excepción en referencia a esta aseveración, estimándose que 1 millón 700 mil personas presentarían esta dificultad (Garay, 2016). Debido a este trastorno, se generan una serie de consecuencias en las áreas laboral, social, familiar, económica y de salud de la persona; siendo un trastorno que genera incapacidad a diversos niveles (World Health Organization [WHO], 2001).

Existen diversas posturas que definen el concepto depresión. Primordialmente, se maneja en la actualidad un enfoque que prioriza la mera descripción de síntomas o “criterios diagnósticos” (Organización Mundial de la Salud, 2017; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Piqueras et al., 2008). En otras aproximaciones teóricas, tales como los postulados conductuales-contextuales, se enfatizan los elementos que generan y mantienen un patrón depresivo. Por lo tanto, se consideran los aspectos situacionales y circunstanciales que promueven el inicio y desarrollo de una depresión, además de las consecuencias tanto internas como externas de las conductas emitidas por la persona. Estos son ejes claves en los procesos evaluativos y de intervención (Ferster, 1973; Lewinson, 1974). En ese sentido, la aplicación del análisis funcional toma protagonismo en la conceptualización depresiva; siendo una estrategia prioritaria en las terapias cognitivas-conductuales y terapias contextuales (Maero, Quintero y Lejuez, 2016; Barraca y Pérez, 2015; Linehan, 1993; Pérez, 2014; Martell, Dimidjan y Herman-Dunn, 2013).

La depresión presenta una propuesta bastante específica dentro de AC y modelos contextuales. Esta no se considera como un diagnóstico o una “enfermedad psiquiátrica”. Más bien, se brinda mayor énfasis al análisis de procesos subyacentes y relaciones de causalidad entre elementos de análisis. Ante ello, la depresión se explicaría como una manifestación de una serie de reacciones funcionales; es decir, se presenta frente a situaciones ambientales y del historial de aprendizaje del sujeto. Debido a ciertos acontecimientos como la pérdida o eliminación de factores importantes para el sujeto (p. ej. en el ámbito familiar y amical se produjera un duelo), o cambios en áreas vitales para la persona (p.ej. modificaciones laborales, económicos o personales); se generarían ciertos patrones depresivos determinados (Barraca y Pérez, 2015).

En función a ello, la depresión presenta ciertas manifestaciones emocionales, cognitivas, motivacionales y conductuales. A nivel conductual, se observan (a) bajos niveles de activación debido a la poca frecuencia de conductas placenteras, agradables y de importancia, (b) altos niveles de evitación frente a emociones y situaciones desagradables, generadores de malestar; y (c) como consecuencia de estos procesos mencionados, existe un bajo nivel de reforzamiento positivo contingente en el contexto del sujeto (Barraca y Pérez, 2015; Barraca, 2016).

Sobre los factores circunstanciales, se ha comprobado cierto grado de relación entre salud mental y ambientes donde existan dificultades para satisfacer necesidades básicas (Quitian, Ruiz, Gómez y Rondón, 2016); siendo la pobreza un factor de riesgo, que puede promover dificultades en el manejo emocional y síntomas depresivos (APA, 2014). Latinoamérica presenta una de las mayores prevalencias de depresión en función al porcentaje de su población, siendo esto consistente con la variable pobreza (World Health Organization, 2017). Por esta problemática, se considera como necesidad proponer estrategias de intervención efectivas con menor tiempo en su aplicación en poblaciones vulnerables.

AC se definiría como “una terapia desarrollada para el tratamiento de la depresión y prevención de recaída que se centra directamente en el cambio conductual” (Pérez, 2014, p.109). Este tratamiento ha sido considerado como una terapia contextual o de tercera generación, ya que se basa tanto teóricamente como filosóficamente del contextualismo funcional, dándose prioridad al estudio de la conducta en contexto y de las relaciones funcionales entre procesos conductuales y verbales (Pérez, Guerrero y López, 2002; Hayes, Barnes y Wilson, 2012).

El tratamiento de AC apunta a diversos objetivos específicos. Se busca generar acciones dirigidas hacia una vida con objetivos, metas, y obtención de recompensas y refuerzos positivos próximos durante todo el proceso de tratamiento (Barraca, 2016; Maero et al., 2016); generándose conductas que sean de agrado y de importancia para el cliente (Barraca, Pérez y Lozano, 2011) y la disminución como consecuencia de las conductas basadas en una función evitativa (Barraca y Pérez, 2010).

Durante el tratamiento de AC, se implementa una serie de técnicas. Se aplican estrategias de manera protocolizada como programación de actividades generadoras de sensaciones de agrado y de alta importancia, identificación de áreas vitales, monitoreo

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

diario, jerarquización de actividades, búsqueda de redes de apoyo y prevención de recaídas (Lejuez, 2001; Maero et al., 2016). Por otro lado, se utilizan estrategias transversales durante el proceso, como psicoeducación de la depresión y del tratamiento, validación y solución de problemas (Martell et al., 2013; Linehan, 1993).

AC ha demostrado resultados eficaces para el manejo de síntomas depresivos, siendo catalogada tanto a nivel empírico e investigativo como un tratamiento terapéutico de base (Chambless & Hollon, 1998; Sociedad de Psicología Clínica - División 12 de la Asociación Psicológica Americana, 2016). Se ha probado su alta eficacia en investigaciones. Al compararse con terapias cognitivas, AC genera mayor reducción de sintomatología depresiva (Jacobson et al., 1996), identificándose resultados alentadores en comparación a placebos (Dimidjian et al., 2006), así como medicación antidepressiva (p.ej. paroxetina) (Dobson et al., 2008). Ha sido corroborada su eficacia en muestras de estudiantes (Gorji & Jantrami, 2016) y en pacientes diagnosticados con depresión y distimia (Fereidooni, Gharaei, Birashk, Sahraeian y Hoseini, 2015; Jacobson et al., 1996). Finalmente, pacientes depresivos y terapeutas han recomendado en estudios cualitativos la aplicación de terapias grupales de AC para el manejo de los síntomas (Samaan et al., 2016), teniéndose en cuenta que existen resultados previos que certifican el beneficio de la aplicación de esta terapia en este formato (Houghton, Curran & Saxon, 2008).

En base a las necesidades tanto sociales como investigativas en referencia de AC en nuestro contexto, el objetivo de la presente investigación es determinar el grado de eficacia de la terapia grupal de activación conductual en pacientes en situación de pobreza asistentes a un centro de intervención comunitario de Lima, Perú.

MÉTODO

Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo es de carácter cuantitativo. De manera específica, se utilizó un diseño cuasiexperimental con preprueba y posprueba y grupo control, de tipo longitudinal, debido a las medidas realizadas en oportunidades diferentes (Coolican, 2014; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

El muestreo de este estudio fue no probabilístico e intencional. Se aplicó el programa de acuerdo a la población asistente al centro comunitario (Hernández et al., 2014). Como medición de la variable pobreza, se utilizó el índice de canasta básica de alimentos, per cápita mensual propuesto por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú ([INEI], 2018). Este postula que el monto máximo de gasto a poder realizarse mensualmente es de 428 soles (128 dólares americanos) en Lima, Perú. Si la persona gasta menos de esa cantidad mensual, se consideraría “en situación de pobreza”. En cada grupo, se estimó esta variable en función al promedio obtenido. Las demás variables sociodemográficas se describen a continuación.

Grupo Experimental

Participaron 19 personas en el todo el programa de tratamiento. En referencia a las características sociodemográficas del grupo experimental, la edad media es de 32 años (DE= 13.08); siendo mujeres en su mayor porcentaje (84.2%) y solteros (73.7%). Además, la mayoría se dedican a ser estudiantes (47.4%). Finalmente, en referencia al índice de canasta básica de alimentos promedio es de 281 soles (75 dólares americanos), catalogándose como muestra en situación de pobreza.

Grupo Control

Estuvo compuesto de 17 personas. La edad media es de 28 años (DE= 8.20), siendo hombres el mayor porcentaje (58.8%), y solteros (70.6%). La mayoría se encuentra con un trabajo activo (47.1%), siendo estudiantes otro grupo representativo (41.2%). El promedio de gasto en canasta básica de alimentos mensual es de 293 soles (88 dólares americanos), siendo categorizados también como personas en situación de pobreza.

Instrumentos

1) Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)

BADS es un test de 25 ítems creado por Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martin (2007). Mide cuatro variables que forman parte del tratamiento de AC: Activación, evitación, discapacidad laboral/escolar y discapacidad social. Se realizó una adaptación española del instrumento (Barraca, Pérez y Lozano, 2011). Respecto a la confiabilidad, se obtuvo coeficientes de consistencia interna en las dimensiones a través de Alfa de

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

Cronbach entre .76 a .90. Sobre las evidencias de validez de estructura interna, se aplicó análisis factorial confirmatorio (AFC), identificándose las cuatro dimensiones obtenidas en la versión original. En referencia a las evidencias de validez en relación con otras variables, se obtuvieron correlaciones con otros instrumentos (BDI-II, AAQ, ATQ, entre otros). Para la presente investigación, se realizó una adaptación lingüística del instrumento, además de evaluación de contenido de los ítems por criterio de cinco jueces. Todos los ítems demostraron niveles estadísticamente significativos de representatividad ($V=1.00$, $p<.05$) y claridad ($V=1.00$, $p<.05$).

2) Escala de Observación de Refuerzos Ambientales (EROS)

EROS es una prueba de 10 ítems creada por Armento y Hopko (2007), de carácter unidimensional, la cual mide el grado de refuerzo contingente ante las conductas dadas por el evaluado. En la adaptación española (Barraca y Pérez, 2010), obtuvieron evidencias de fiabilidad. Es decir, un coeficiente de consistencia interna de Alfa de Cronbach de .86. Sobre las evidencias de validez, se obtuvo la estructura unifactorial ($KMO = .89$, $X^2(45) = 640.18$, $p<.001$) por medio del análisis de componentes principales. En la presente investigación, además de la adaptación lingüística del instrumento, se evaluó el contenido de los ítems por criterio de cinco jueces, evidenciándose niveles significativos tanto de representatividad ($V=1.00$, $p<.05$) y claridad ($V=1.00$, $p<.05$).

3) Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición Adaptada (BDI-IIA)

BDI-IIA es una prueba que mide síntomas de depresión y la intensidad con la cual se manifiestan. Fue creada por Beck, Steer y Brown (1996) y consta con 21 ítems con 4 opciones de respuesta. Se realizó una adaptación peruana por Carranza (2015), donde se obtuvieron evidencias de fiabilidad, específicamente coeficientes de consistencia interna a través de Alfa de Cronbach de .878, y coeficiente de estabilidad por el método test-retest de .996. Sobre las evidencias de validez, se aplicó análisis de componentes principales, obteniéndose dos factores: área somático-motivacional y cognitivo-afectivo.

Programa de AC para la depresión

Se realizó el programa de activación conductual a nivel grupal en función a la revisión de diversas informaciones y programas protocolizados (Lejuez et al., 2001;

Maero et al., 2016; Barraca 2016). En función a ello, se desarrollaron 10 sesiones donde se proponen una serie de actividades (ver Tabla 1).

Tabla 1

Sesiones de programa grupal de AC y descripción de actividades

Número de sesión	Actividades
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación de depresión y abordaje bajo enfoque de AC • Monitoreo diario: identificación de niveles de agrado e importancia
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de actividades de acuerdo a valores y áreas vitales • Solución de problemas
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de actividades y formulación de jerarquía de actividades
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de actividades
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de búsqueda de redes de apoyo en actividades de mayor complejidad
Sesiones 6 a 9	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y repaso de estrategias y actividades realizadas en sesiones previas
Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas • Finalización del tratamiento

Procedimiento

Se coordinó en primera instancia, tanto con los directores del centro de intervención comunitario como con las personas encargadas de los convenios institucionales. Después de obtener los permisos correspondientes, se pidió a todos los psicólogos que atendían a personas con diagnósticos de depresión o sintomatología depresiva, que realizaran la consulta a sus clientes si desearían participar en el proceso de investigación.

En la primera fecha de sesión para el grupo experimental, se les explicó en qué consistiría el programa, se les hizo firmar un consentimiento informado, donde se estipulaba el objetivo del estudio y el uso de la información exclusivamente para fines investigativos. Se les aplicó a su vez los instrumentos de evaluación. Al finalizar el programa, se les aplicó las mismas pruebas para medir la fase pos-test del tratamiento.

Los participantes del grupo control fueron citados en primera instancia para firmar el consentimiento informado, donde describe las condiciones de la investigación y se

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

estipulaba que a pesar de estar en lista de espera, posteriormente recibirían el tratamiento. Asimismo, completaron los instrumentos correspondientes. Después de finalizarse el programa en el grupo experimental, se les volvió a citar para administrar las pruebas de la fase pos-test. La aplicación de las sesiones de intervención con el grupo control se realizaron dos meses después del grupo experimental.

RESULTADOS

Para evaluar la distribución de los resultados, se utilizó la prueba de bondad/normalidad de Shapiro-Wilk en las diferencias de los puntajes obtenidos en grupo experimental y control. No se obtuvieron suficientes evidencias que las variables del estudio se distribuyan normalmente a nivel poblacional, a excepción de la depresión, activación y evitación del grupo experimental (ver Tabla 2) (Field, 2009).

Tabla 2

Prueba de normalidad con estadístico de Shapiro-Wilk de diferencias de fases pre-test y post-test de grupos experimental y control

Grupo	Variable	W	gl	p
Experimental	Depresión	.954	19	.467
	Activación	.939	19	.249
	Evitación	.972	19	.824
	Refuerzo positivo contingente	.874	19	.017
Control	Depresión	.879	17	.031
	Activación	.780	17	.001
	Evitación	.880	17	.032
	Refuerzo positivo contingente	.877	17	.028

De manera descriptiva, se obtuvieron los estadísticos de las variables evaluadas, tanto a nivel pre-test como post-test de ambos grupos (ver Tabla 3).

Tabla 3

Mediciones de variables dependientes en grupo experimental y control

Grupo	Fase del programa	Variable	M(DS)
Experimental	Pre-test	Depresión	27.16(7.46)
		Activación	21.47(4.15)
		Evitación	25.47(4.46)
		Refuerzo positivo contingente	19.32(3.54)
	Post-test	Depresión	15.89(9.49)
		Activación	27.74(3.77)
		Evitación	21.37(4.21)
Control	Pre-test	Refuerzo positivo contingente	25.11(4.46)
		Depresión	27.65(9.57)
		Activación	21.59(3.22)
		Evitación	27.76(5.36)
	Post-test	Refuerzo positivo contingente	21.65(3.62)
		Depresión	26.88(8.50)
		Activación	21.88(2.76)
		Evitación	27.59(4.68)
		Refuerzo positivo contingente	20.76(5.44)

A nivel inferencial, se compararon los resultados entre la fase pre-test y post-test del grupo experimental con la prueba Wilcoxon, hallándose diferencias estadísticamente significativas en todas las variables a un nivel de $p < .001$, y obteniéndose un tamaño del efecto grande en todas las comparaciones (ver Tabla 4) (Rosenthal, 1994; Cohen, 1988).

Tabla 4

Puntajes de variables dependientes de fases pre-test y post-test del grupo experimental con la prueba no paramétrica de Wilcoxon y tamaño del efecto

Estadístico	Depresión	Activación	Evitación	Refuerzo positivo contingente
W	1.0	3.0	8.5	5.0
Z	-3.79***	-3.71***	-3.49***	-3.63***
r para pruebas no paramétricas	.61	.60	.57	.59

$p < .001$ ***

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

Por otro lado, en el caso del grupo control, se realizaron las mismas comparaciones entre las fases de aplicación de instrumentos. Se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, hallándose que no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas (ver Tabla 5).

Tabla 5

Puntajes de variables dependientes de fases pre-test y post-test del grupo control con la prueba no paramétrica de Wilcoxon

Estadístico	Depresión	Activación	Evitación	Refuerzo positivo contingente
W	61.5	56.0	66.5	43.5
Z	-.714	-.780	-.630	-1.579

p<.05*

Se comparó los resultados post-test de ambos grupos. Se aplicó la prueba U de Mann Whitney. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables (ver Tabla 6), y obteniéndose un tamaño del efecto grande (Coolican, 2014; Cohen, 1988).

Tabla 6

Puntajes post-test de grupo experimental y control con prueba no paramétrica U de Mann Whitney y tamaño del efecto

	Grupos	Depresión	Activación	Evitación	Refuerzo positivo contingente
Rango promedio	Experimental	13.13	25.13	12.71	22.92
	Control	24.5	11.09	24.97	13.56
Suma de rangos	Experimental	249.5	477.5	241.5	435.5
	Control	416.5	188.5	424.5	230.5
	Z	-3.24	-4.01	-3.50	-2.68
	U	59.5***	35.5***	51.5***	77.5**
<i>r para pruebas no paramétricas</i>		.79	.97	.85	.65

p<.01**, p<.001***

DISCUSIÓN

AC es un tratamiento altamente eficaz en el manejo de síntomas depresivos y otros trastornos del estado de ánimo (Chambless, 1998; Fereidooni et al., 2015; Jacobson et al., 1996; Sociedad de Psicología Clínica – División 12 de la Asociación Americana de Psicología, 2016). Debido a esta característica, se propuso como objetivo general el identificar el grado de efectividad de este tratamiento en población en situación de pobreza en un distrito de Lima, Perú.

En el grupo experimental, se obtuvieron una serie de cambios en los procesos observados en un patrón depresivo. En primer lugar, los síntomas se redujeron de manera significativa tanto a nivel descriptivo como estadístico; resultados propuestos en otras investigaciones (Gorji & Jantrami, 2016). De igual manera, la variable activación mostró cambios significativos, siendo ello comprobado a nivel empírico en otros programas aplicados (Fereidooni et al., 2015). Sobre el aumento del refuerzo positivo contingente y reducción de la evitación/rumiación, existe una base teórica que explica ello; ya que para la generación de cambios significativos en la vida del sujeto con depresión, es preponderante que estos procesos subyacentes varíen durante el tratamiento. De no generarse estos cambios a nivel conductual y contingencial, los síntomas depresivos y la activación no podrían haberse modificado (Kanter, Busch & Rusch, 2011). De todos los participantes del grupo, el 94.7% (n=18) demostraron niveles de reducción de síntomas, manifestando que “ya no se sentían tan tristes”, percibían “cambios en cómo vivían sus vidas” y que “sus vidas se sentían más completas, ya que hacían ahora actividades que tenían importancia para ellas”; aspectos que coinciden con los postulados de AC (Martell et al., 2013). En el caso del grupo control, no se manifestaron diferencias en las variables dependientes a nivel descriptivo como inferencial. Estos resultados demuestran ser los esperados, así como se han presentado en otros trabajos de investigación con grupos de control (Fereidooni et al., 2015; Gorji & Jantrami, 2016).

Durante la aplicación del programa, se presentó la necesidad de utilizar diversas estrategias que las terapias contextuales ponen en manifiesto. La estrategia de validación demostró ser una técnica fundamental para el desarrollar la compasión y empatía tanto de las dificultades propias del paciente, como la de los demás; incluyéndose como un aspecto base en el tratamiento en diversas terapias (Linehan, 1993; Martell et al., 2013). La solución de problemas colaboró en el generar patrones más saludables ante la dificultad

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

de manejo de situaciones de tipo social como económico, planteado también en los diversos protocolos como una estrategia transversal para el logro de objetivos por sesión (Barraca, 2016). Finalmente, el conocer aspectos psicoeducativos tanto de la depresión como de AC permitieron la comprensión de los pacientes de sus patrones y dificultades; capacitándolos en reconocer las consecuencias de sus conductas, y discernir las funciones evitativas y de activación en las conductas presentadas (Maero et al., 2016).

En conclusión, para el desarrollo de tratamientos efectivos en la depresión se requieren de protocolos que hayan demostrado parsimonia, es decir, brindar explicaciones teóricas y propuestas de intervención frente a un fenómeno de manera más simplificada, requiriéndose de menor cantidad de tiempo y mayor facilidad en el proceso de su aplicación; lo cual presenta AC (Barraca y Pérez, 2015). Otras características fundamentales consistirán en la flexibilidad y adaptación del terapeuta durante el proceso de tratamiento (Polk & Schoendorff, 2014). En base a las presentes condiciones, AC ha demostrado ser una gran herramienta para el tratamiento en casos de depresión y personas con sintomatología depresiva; incluyéndose en una muestra en situación de pobreza a nivel de Lima, Perú.

REFERENCIAS

- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17499078>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington, DC
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 15-33. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/303803078_La_Activacion_Conductual_en_la_practica_tecnicas_organizacion_de_la_intervencion_dificultades_y_variantes
- Barraca, J. y Pérez, M. (2010). Adaptación española del environmental reward observation scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 95-107. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273832232_ADAPTACION_ESPANOLA_DEL_ENVIRONMENTAL_REWARD_OBSERVATION_SCALE_EROS
- Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis
- Barraca, J., Pérez, M., & Lozano, J.H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish scale. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 998-1009. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22059343>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory – second edition manual*. Texas: The Psychological Corporation Harcourt, Brace & Company
- Carranza, R. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck para universitarios de Lima. *Revista de Psicología UCV*, 15(2), 170-182. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. Recuperado de: <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2016/10/Defining-Empirically-Supported-Therapies-1.pdf>

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology*. Stoodleigh: Psychology Press
- Dimidjian, S., Hollon, S., D., Dobson, K. S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R. J., Addis, M.E., ... & Dunner, D.L. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatments of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881773>
- Dobson, K.S.; Hollon, S.D., Dimidjian, S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Rizvi, S., L.,..., & Jacobson, N.S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468-477.
- Fereidooni, S., Gharaei, B., Birashk, B., Sahraeian, A., & Hoseini, S.M.D. (2015). Efficacy of group behavioral activation treatment as supplemental treatment to pharmacotherapy in inpatients with depressive disorders. *Journal of Mood Disorders, 5*(3), 104-112. Recuperado de: <http://www.scopemed.org/?mno=162353>
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870. Recuperado de: http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CBT_Readings/Ferster_1973.pdf
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). Dubai: SAGE.
- Garay, K. (14 de junio de 2016). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *El Peruano*. Recuperado de: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>
- Gorji, Y., & Jantrani, L. (2016). Investigating the effectiveness of group therapy of behavioral activation on reducing depression symptoms in first grade high school female students in Isfahan in academic year of 2014-2015. *Journal of Current Research in Science, 8*(2), 331-339
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*, 1-16. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212144712000087>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education.
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioral activation for depression. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 66(2), 235-239. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232008091_An_Uncontrolled_Evaluation_of_Group_Behavioural_Activation_for_Depression
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Evolución de la pobreza monetaria 2007-2017. Informe técnico*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koernet, K., Gollan, J., ... & Prince, S. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8871414>
- Kanter, J.W., Busch, A.M. & Rusch, L.C. (2011). *Activación conductual. Refuerzos positivos ante la depresión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10862-006-9038-5>
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment Manual. *Behavioral Modification*, 25, 255-286. Recuperado de: http://behavioralactivationtech.com/wp-content/uploads/2016/03/Lejuez-et-al_2001.pdf
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.M. Friedman y M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Wiley.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Maero, F., Quintero, P.J. y Lejuez, C. (2016). *Tratamiento breve de activación conductual para depresión. Protocolo y Guía Clínica*. Buenos Aires: Akadia.

TERAPIA GRUPAL DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIO DE LIMA, PERÚ

- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez, A., Guerrero, F. y López, W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 103-113. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56020106.pdf>
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
- Polk, K., & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix. A new approach to building psychological flexibility across setting and populations*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Quitian, H., Ruiz, R.E., Gómez, C. y Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 31-38. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839006.pdf>
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis*. (pp. 231-244). New York: Russell Sage Foundation.
- Samaan, Z., Dennis, B., Kalbfleisch, L., Bami, H., Zielinski, L., Bawor, M. ... & Thabane, L. (2016). Behavioral activation group therapy for reducing depressive symptoms and improving quality of life: a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2, 1-11. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5154036/>
- Sociedad de Psicología Clínica – División 12 de la Asociación Americana de Psicología. (2016). *Diagnoses: Depression. Treatment: Behavioral Activation for depression*. Recuperado de: <https://www.div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>

World Health Organization. (2001). *The world health report: mental health: understanding, new hope*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data. Recuperado de: <https://www.who.int/whr/2001/en/>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=93983D602C42CEAF8A477CA983DC6950?sequence=1>