

# Traducción al Castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Formato Grupal. Datos preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos

*Spanish translation of the Brief Behavioral Activation Treatment of Depression and implementation to Group Format. Preliminary data in a sample of depressed patients*

David Sánchez González, Ángel Soto Lumbreras, Daniel Vega Moreno y Joan Ribas i Sabaté.

## Resumen

*La activación conductual se ha mostrado igual de eficaz que otras terapias bien establecidas para el tratamiento de la depresión, sin embargo todavía faltan por implementar versiones breves de la misma al formato grupal. En el presente estudio se evaluó si la Terapia de Activación Conductual para la Depresión adaptada a formato grupal produce una reducción de la sintomatología depresiva en el trastorno depresivo mayor. La idea central de la terapia es que los pacientes incrementen el número de actividades semanales encaminadas a cumplir con sus valores. El tratamiento se inició con un total de ocho pacientes ambulatorios. Los análisis mostraron que entre las puntuaciones pre-post del BDI se produjo una reducción estadísticamente significativa. La terapia mostró como a medida que los sujetos aumentaban las actividades encaminadas a cumplir con sus valores, los síntomas depresivos disminuían. La adaptación al formato grupal fue por tanto satisfactoria.*

**Palabras clave:** Depresión. Terapia de conducta. Refuerzo. Activación. Terapia grupal.

---

Área de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Hospital de Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada (Barcelona).

**Correspondencia:** Dr. D. Ángel Soto Lumbreras  
C/ Bèlgica 5  
08700 Igualada (Barcelona)  
E-mail: [asoto@csa.cat](mailto:asoto@csa.cat)  
[dsanchez@copc.cat](mailto:dsanchez@copc.cat)

## Summary

*Behaviour activation has been shown to be equally effective as other well-established treatments for depression, however a brief version of the group format has not yet been implemented. In the current study it was assessed if the Behavioural Activation Therapy for Depression in group format leads to a decrease in depressive symptoms in major depressive disorder. The central idea of the therapy is to increase the number of weekly activities to accomplish the personal values of the patients. The treatment was initiated with a total of 8 outpatients. Analysis showed that between pre and post BDI scores there was a statistically significant reduction. The therapy showed a reduction of depressive symptoms in patients by means of increasing their number of weekly activities to accomplish their own personal values. The adaptation to group format was therefore satisfactory.*

**Key words:** Depression. Behavioral therapy. Reinforcement. Activation. Group psychotherapy.

El Trastorno Depresivo Mayor constituye un trastorno con un alto coste humano, ya que provoca un importante deterioro de la calidad de vida de los individuos que lo padecen (Papakostas et al., 2004), pudiendo provocar un deterioro cognitivo notable (Baune et al., 2010). La depresión unipolar podría ser la segunda causa después del VIH/SIDA, de años vividos con discapacidad en el mundo (en los países desarrollados sería la primera) pues es de esperar que se incremente considerablemente el número de casos en las próximas décadas, según proyecciones realizadas a largo plazo (Mathers y Loncar, 2006).

Para poder gestionar dicho trastorno es importante comprender que la falta de actividades gratificantes (contacto social, ejercicio físico, etc.) se considera, desde un punto de vista conductual, como una de las principales variables que sostiene la sintomatología depresiva. Según Lewinsohn: “la depresión es una función del grado al que se mantiene el nivel de actividad del individuo mediante el refuerzo positivo” (como se cita en Nezu, Maguth y Lombardo, 2006, p.72). Es este punto central en el que hace énfasis la denominada *activación conductual*, que en origen es parte integrante del tratamiento cognitivo-conductual para la depresión. La activación conductual se ha mostrado igual de eficaz que otras terapias bien establecidas para el tratamiento de la depresión (Cuijpers, van Straten, Andersson, y van Oppen, 2008) e incluso superior a la terapia cognitiva en depresión severa (Dimidjian et al., 2006). Si además tenemos en cuenta no sólo la eficacia, sino tam-

bién la eficiencia, estamos ante una terapia que puede ser considerada como mínimo prometedora, debido a su sencillez y su buena relación coste-beneficios (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007; Dobson et al. 2008).

Cabe destacar que existen dos protocolos modernos diferenciados en torno a la activación conductual. Por una parte, tenemos la terapia denominada simplemente “Activación Conductual” (AC) descrita por Jacobson, Martell y Dimidjian (2001); y por otro, el “Tratamiento breve de Activación Conductual para la Depresión” o “Terapia de Activación Conductual para la Depresión” (TACD), cuyos autores son Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil (2001). Señalar que tales diferencias son confusas, especialmente si tenemos en cuenta que la TACD se ha empezado a aplicar a trastornos que no son la depresión.

Estas dos terapias comparten una visión más idiográfica, que las distingue de técnicas anteriores. En cuanto a las divergencias, básicamente la TACD es de más corta duración y más sencilla de aplicar pues utiliza menos técnicas complementarias, como *role playings* o técnicas de *mindfulness* para los aspectos cognitivos, que sí utiliza la AC (Barraca, 2009). Podríamos por tanto afirmar que la TACD es más parsimoniosa, pues en esencia la terapia establece una jerarquía de actividades a realizar que sesión a sesión iría en aumento. A nivel empírico, la TACD tiene como referente el hecho de haber sido comparada con otra terapia de apoyo estándar en pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y

McNeil, 2003) y que ha sido aplicada con resultados positivos en un estudio clínico aleatorizado de estudiantes universitarios moderadamente deprimidos, en una adaptación de la terapia a una única sesión de duración (Gawrysiak, Nicholas y Hopko, 2009). Sin embargo, la TACD tiene un apoyo empírico inferior a la AC, que está avalada por los estudios de Dimidjian et al. (2006) comparándola con otros tratamientos también eficaces. Con la misma muestra de participantes, Dobson et al., (2008) realizando un seguimiento a largo plazo, comprobó que efectivamente los resultados se mantienen a los dos años de haber finalizado la terapia previniendo recaídas. Este resultado sería comparable al de los pacientes que seguían recibiendo medicación el primer año, pero superior cuando en el segundo año se les retiró la medicación al grupo que recibía terapia farmacológica.

Además de los estudios sobre eficacia, también es importante señalar que la TACD tiene su eje vertebrador en la Ley de la Igualación (Herrnstein, 1970), que establece *que la tasa relativa de respuesta para una opción se produce de manera equivalente a la tasa relativa de reforzamiento para esa opción*. Si aplicamos este principio a la depresión, podemos entender que para que alguien muestre conductas depresivas ello es directamente proporcional a la tasa relativa de refuerzo obtenida por las conductas depresivas, versus las conductas que podríamos denominar como más saludables. De esa manera, en el ambiente del individuo el valor de los reforzadores para la conducta saludable habría disminuido y el valor reforzador para las conductas depresivas habría aumentado (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003). Por tanto, se concibe el trastorno desde una perspectiva funcional.

Teniendo en cuenta estos aspectos y el hecho de que la TACD sea más parsimoniosa y fácil de aplicar que la AC, se ha escogido la TACD para aplicarla a formato grupal. Por consiguiente, se da un paso más en la búsqueda de tratamientos eficientes, ya que el coste de una terapia de grupo es inferior que el de aplicar terapias individuales. La terapia grupal además presenta una ventaja añadida respecto a la individual, en tanto en cuanto permite cumplir con más rigor los temas que se tratan en cada sesión y puede aumentar la motivación. Es preciso añadir que será la primera vez

que se adapte esta terapia a formato grupal en una muestra de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, de carácter recurrente o bien de episodio único crónico, en el contexto de la atención secundaria en Salud Mental. Cabe destacar que el protocolo de la TACD ha sido recientemente revisado por los propios autores (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011), clarificando las fichas utilizadas en terapia (autorregistros y manual) y estableciendo los pasos a realizar en cada sesión. Hemos partido de esta revisión (TACD-R) para adaptar la terapia en un formato grupal (TACD-R-G). Para ello, se ha traducido el manual y los autorregistros al castellano, aplicado la terapia adaptándola a un formato grupal, y comprobado con posterioridad si ha habido un aumento significativo de la activación y una disminución significativa de la sintomatología depresiva.

## MÉTODO

### Participantes

La terapia grupal se inició con un total de ocho pacientes ambulatorios. La muestra final consistió en seis pacientes (75% de retención), de mediana edad ( $M=52$ ,  $DE=6,12$ ). Los pacientes residían en la comarca de la Anoia (Barcelona, España), con una educación que en la mayoría de los casos solo alcanza el nivel básico, es decir hasta los 14 o 16 años (ver Tabla 1).

A nivel de datos clínicos (ver Tabla 2) y refiriéndonos a la muestra final de participantes ( $n=6$ ), el 33% habían sido hospitalizados en una o más ocasiones por motivos psiquiátricos. Del total de la muestra, cinco sujetos presentaban un Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de carácter recurrente (83,3%) con una media de 3,6 ( $DE=2,51$ ) episodios depresivos mayores a lo largo de su vida. En cuanto al último episodio depresivo este era de carácter moderado en el 66,7% de los casos.

Podemos observar que estamos ante sujetos que mostraban un acusado deterioro de su calidad de vida, especialmente si tenemos en cuenta que la puntuación que se obtuvo a través de la EEAG era de 48,67; indicando, según el DSM-IV-TR: "Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, labo-

**Tabla 1**  
**Datos demográficos de la muestra de**  
**pacientes que finalizaron la terapia (n=6).**

Categoría	M	DE	n (%)
Sexo			
Masculino			3 (50,0%)
Femenino			3 (50,0%)
Estudios			
Incompletos			1 (16,7%)
Estudios básicos			4 (66,7%)
Bachiller o FP			1 (16,7%)
Edad (años)	52	6,12	
Estado civil			
Casado			4 (66,7%)
Divorciado			2 (28,6%)
Número de hijos	2,5	0,84	
Dos hijos			4 (66,7%)
Tres o más hijos			2 (28,6%)
Situación laboral			
Desempleo			1 (16,7%)
Baja por la presente enfermedad			5 (83,3%)

Nota. Datos referidos por los sujetos.

ral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)” (American Psychiatric Association, 2000, p. 40). Además, es importante tener en cuenta que la totalidad de los pacientes recibía medicación, y de estos, tres (50%) tomaban cinco o más fármacos diferentes a diario. Los tipos de fármacos más administrados fueron los Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN); cinco pacientes los tomaban (83,3%), otros (83,3%) tomaban ansiolíticos. Para más información ver Tabla 3.

Teniendo en cuenta que la muestra estudiada es pequeña y a efectos de caracterización de la misma, los sujetos completaron el cuestionario ZKPQ y los resultados fueron comparados con los baremos en población general (Tabla 4). Las dimensiones con diferencias más grandes respecto a población general son Neuroticismo ( $t=16,88$ ,  $p<0,001$ ) y Sociabilidad ( $t=-4,78$ ,  $p<0,01$ ). También se aprecian ligeras diferencias en Agresividad-hostilidad que no son estadísticamente significativas. Las desviaciones estándar son más pequeñas que en población general, por lo que podría considerarse una muestra relativamente homogénea.

## Instrumentos

La *Mini International Neuropsychiatric Interview*, en su versión española (MINI; Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000), se utilizó a efectos de ayuda al diagnóstico. La MINI es una entrevista estructurada que explora diversos trastornos: afectivos, ansiosos, psicóticos, relacionados con sustancias y de la conducta alimentaria. Además, tiene un último módulo dedicado al trastorno antisocial de la personalidad, así como una escala de suicidio.

Se utilizaron para medir el grado de depresión diversas escalas ampliamente conocidas, como: la *Escala de Hamilton para la Depresión* (HDRS; Ramos, Cordero y Yañez, 1994), y el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI, Conde y Useros, 1975).

La *Escala de Evaluación de la Actividad Global* (EEAG; Salvador, Seguí, Abarca y Humert, 1986) proporciona una puntuación sobre el deterioro global de los pacientes. Incluida en el DSM a partir de la tercera versión revisada, es una escala heteroaplicada muy utilizada a nivel clínico, que sirve para puntuar de 1 a 100 el funcionamiento general de los pacientes. Cuanto mayor es la puntuación mejor funcionamiento se da, el 0 queda reservado para cuando se carece de datos suficientes y no se puede puntuar en la escala. La escala ha mostrado una adecuada validez concurrente frente a otros instrumentos de sintomatología general, así mismo posee una adecuada validez externa.

La *Escala de Activación Conductual para la Depresión* (BADS; Barraca y Pérez-Álvarez, *en prensa*) es una novedosa escala que sirve para medir la activación conductual. Está todavía en fase de adaptación y por tanto no se tienen datos sobre su validez o fiabilidad. Está compuesta por un total de 25 ítems y cuatro subescalas: activación, deterioro social, deterioro laboral/escolar y evitación/rumia depresiva. Proporciona una puntuación global, que se obtiene a través de sumar las cuatro subescalas (todas inversas excepto activación conductual). Es importante comprender que la subescala de activación mide el incremento de actividades realizadas por el sujeto y, de la misma forma que en las demás subescalas, se refiere a la última semana incluyendo el día que se responde la escala. Deterioro social, da una puntua-

**Tabla 2**  
**Datos clínicos de la muestra de pacientes que finalizaron la terapia (n=6)**

Categoría	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>n (%)</i>
Episodios depresivos mayores	3,17	2,48	
Diagnóstico principal			
TDM, recurrente			5 (83,3%)
TDM, episodio único crónico			1 (16,7%)
Gravedad del último episodio depresivo mayor			
Leve			1 (16,7%)
Moderado			4 (66,7%)
Grave sin síntomas psicóticos			1 (16,7%)
Intentos suicidas	1,5	1,05	
Nunca			1 (16,7%)
1 vez			2 (28,6%)
2 o más veces			3 (50,0%)
Número de hospitalizaciones			
Nunca			4 (66,7%)
En una o más ocasiones			2 (28,6%)
Duración del trastorno (años)	2,65	2,07	
Antecedentes familiares			
Sin familiares con trastornos psiquiátricos			3 (50,0%)
Varios familiares de primer y segundo grado			2 (28,6%)
Varios familiares de primer grado y otros lejanos			1 (16,7%)
Diagnóstico secundario			
Abuso de alcohol			1 (16,7%)
Trastorno de angustia sin agorafobia			1 (16,7%)
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	48,67	11,91	

Nota. Los antecedentes familiares, la duración del trastorno, el número de hospitalizaciones y los intentos suicidas se obtuvieron a través de la entrevista clínica, es decir, preguntando directamente al sujeto. Las hospitalizaciones se han contabilizado siempre que fueran por motivos psiquiátricos. TDM, Trastorno Depresivo Mayor.

**Tabla 3**  
**Fármacos prescritos**

Categoría	<i>n (%)</i>
Número de medicamentos distintos a diario	
0 a 2	3 (50%)
5 o más	3 (50%)
Fármacos recetados (total en la muestra)	
ISRS	1 (4%)
IRSN	7 (28%)
Antidepresivos tricíclicos	1 (4%)
Antidepresivos tetracíclicos	3 (12%)
Ansiolíticos	6 (24%)
Eutimizantes	3 (12%)
Antipsicótico típico	1 (4%)
Antipsicótico atípico	2 (8%)
Psicoestimulante	1 (4%)

Nota. ISRS, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina; IRSN, Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina.

**Tabla 4**  
**Personalidad según ZKPQ, comparación con los baremos**

Categoría	Muestra (n=6)		Población general (n=1000)		t
	M	DE	M	DE	
Neuroticismo	15,67	1,03	8,14	4,72	16,88***
Actividad	8,17	3,54	8,53	3,47	-0,25
Sociabilidad	3,00	2,19	7,31	3,49	-4,78**
Impulsividad- BS	7,33	2,88	7,76	4,19	-0,36
Agresividad-hostilidad	8,67	2,25	6,82	3,19	2,00
Infrecuencia	0,67	1,21	2,29	1,98	-3,25*

Nota. Datos de población general extraídos de Gomà-i-Freixanet y Valero (2008). ZKPQ, Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire. BS, Búsqueda de Sensaciones. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ .

ción referida a la falta de contacto interpersonal, y deterioro laboral/escolar nos indica el deterioro producido en el ámbito del trabajo o en el ámbito formativo. La subescala de evitación/rumiación, da una puntuación de hasta qué punto los sujetos evitan o rechazan determinados sentimientos o pensamientos para no sentirse mal.

El *Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ; Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004) mide los denominados Cinco Factores Alternativos: Neuroticismo-ansiedad, Actividad, Sociabilidad, Impulsividad-búsqueda de sensaciones y Agresividad-hostilidad. Además, tiene una escala de Infrecuencia. Se utilizó debido al reducido número de participantes y a efectos de caracterizar con más precisión la muestra estudiada. Sus escalas han mostrado una buena consistencia interna y validez discriminativa.

**Manual (Autorregistros).** Con el objetivo de aplicar el tratamiento correctamente, se siguió el protocolo o manual propuesto por Lejuez et al. (2011) en *Ten year of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* (BATD), *Revised Treatment Manual* (BATD-R), TACD-R en castellano. Para ello, con anterioridad se tradujo el manual para poder entregar las fichas y formularios a los sujetos. Está compuesto de una ficha explicativa de cada sesión (en total, por tanto, diez fichas) y de cinco formularios. Uno de los formularios es el *Autorregistro de Seguimiento Diario* (Autorregistro 1), donde los sujetos tienen que explicar qué han hecho cada hora (se completa todos los días que dure la terapia). Este

autorregistro es importante porque permite a los participantes tener una percepción muy precisa de lo que hacen en su vida cotidiana y ver que inicialmente su nivel de inactividad es muy alto, además a medida que avanza el tratamiento estos autorregistros se utilizan para programar actividades. Para pacientes con bajo nivel de alfabetización hay otro autorregistro de seguimiento diario especial (Autorregistro 1S).

Para que los pacientes puedan elegir actividades que realmente sean reforzantes en su vida, y que no sean simplemente para evitar estados desagradables, lo que se intenta es que se realicen actividades con un sentido vital y humano que parta de los valores personales de cada paciente. Con esta idea está confeccionado el Autorregistro 2: *Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades*. En total se parte de diez áreas vitales: relaciones familiares, relaciones sociales, relaciones románticas, educación/formación, empleo/carrera, pasatiempos/entretenimiento, voluntariado/caridad/actividades políticas, problemas físicos y psicológicos de salud, espiritualidad y responsabilidades diarias. Después, en cada una de estas áreas deben completarse 3 valores que elegirá el paciente, y por cada valor, hasta un máximo de 5 actividades encaminadas a conseguir alcanzar ese valor.

Cabe destacar, que tanto en el Autorregistro 1 como en el 2 deben puntuarse todas la actividades de 0 a 10 en *Disfrute* y en *Importancia*. Siendo 10 el máximo disfrute o importancia que una actividad pueda tener, entendiendo por disfrute que

la persona pase un rato agradable y divertido, y por importancia que sea algo relevante para su vida, aunque no tenga porque ser divertido.

Una vez completada la etapa de clarificar los valores y las posibles actividades, podría completarse el Autorregistro 3: *Clasificación y Selección de Actividades*. En este autorregistro los participantes escogen 15 actividades del Autorregistro 2 y las clasifican en función de la dificultad. Esto permitirá semanalmente realizar una o dos actividades más partiendo de las que el sujeto considere más fáciles.

Por último, el Documento 4: *Contratos*, sirve para formalizar la ayuda que otra persona elegida por el propio sujeto le dará en una actividad concreta y de qué manera.

A nivel de análisis y como se expondrá en los resultados más adelante, los autorregistros de seguimiento diario, han sido utilizados para llevar a cabo un análisis cualitativo. Esto es, se clasificó en función de los propios criterios de la terapia las conductas que podrían denominarse depresógenas de los pacientes: inactividad manifiesta, clinofilia, actividades que denoten aburrimiento, etc. También se clasificaron las conductas denominadas saludables: las que por sus propias características son contrarias al estado depresivo o que van

encaminadas a completar los valores personales del paciente. Estas actividades fueron registradas por horas tal como se hace en el autorregistro. Posteriormente, los días fueron agrupados semanalmente realizando una media diaria de actividades depresógenas o saludables por semana, por último se efectuó una media de las tres primeras y últimas semanas. Estos datos deberán ser tomados con cautela, pero sirven para evaluar si ha habido un cambio.

### Procedimiento

Los profesionales del servicio de psiquiatría derivaron pacientes ambulatorios diagnosticados previamente de Trastorno Depresivo Mayor, recurrente o episodio único crónico (más de dos años de duración), y que aceptasen participar en una terapia grupal, al Programa de Activación Conductual (PAC). De la misma manera, se descartaron pacientes diagnosticados previamente de trastornos de la personalidad graves (cluster B, paranoide y esquizotípico), de trastorno bipolar, trastornos psicóticos y otros trastornos, que por sus características interferirían negativamente con la terapia (ver Figura 1). Se excluyeron, además, pacientes donde el trastorno principal no fuese la depresión

#### Lista de inclusión:

- a) Trastorno depresivo mayor, recidivante o bien Trastorno depresivo mayor, episodio único, crónico (más de dos años de duración). Siempre en fase aguda.
- b) Que tenga una edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
- c) Consentimiento informado.

#### Lista de exclusión:

- a) Trastornos del espectro psicótico, trastornos bipolares.
- b) Sintomatología grave asociada con el Eje II: Trastornos de la personalidad del cluster B, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad.
- c) Sintomatología psicótica en la depresión (actual): Trastorno depresivo mayor, recidivante o episodio único, grave con síntomas psicóticos.
- d) Evidencia documentada (a través del historial clínico) de retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos mentales orgánicos.
- e) Dependencia de sustancias.
- f) Enfermedad física o neurológica severa.
- g) Riesgo elevado de suicidio, valorado por el clínico.

**Figura 1**  
Criterios de inclusión-exclusión

mayor (ejemplo: paciente con trastorno de pánico con agorafobia en el que su queja principal fuese esa). Sin embargo no se excluyeron por definición, casos de depresión mayor comórbidos con trastornos de ansiedad, ya que este hecho más que una excepción es la norma; algo que puede apreciarse en estudios sobre comorbilidad (Krueger y Markon 2006). En todos los trastornos se siguieron los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Estamos ante un estudio *cuasi-experimental*; un *pre-post* con *grupo único*. Se tomaron medidas utilizando los instrumentos antes citados previamente al tratamiento, con una antelación máxima de un mes y medio, y al finalizar la terapia (entre siete y diez días después). Con la excepción del ZKPQ, que se administró únicamente en las medidas post. En el caso del MINI, en el post, sólo se utilizó la escala de suicidio y el módulo de depresión mayor. Por otra parte, los sujetos completaron los autorregistros durante el tratamiento, además el BDI lo completaron en dos ocasiones durante el tratamiento.

Finalmente del PAC (n=24) ocho pacientes fueron elegidos para realizar la terapia grupal ya que cumplían los criterios antes mencionados. Dos de los participantes abandonaron el tratamiento, por lo que fueron finalmente excluidos de los análisis.

Una vez iniciada la TACD-R-G, ningún paciente podía recibir tratamiento psicológico individual, pero sí que recibieron tratamiento farmacológico. Este hecho se debe a que en pacientes crónicos, con largos años de evolución, sus pautas de medicación, por motivos éticos, no pueden retirarse bruscamente para llevar a cabo un tratamiento psicológico.

Cabe considerar además, que para poder seguir la evolución durante el tratamiento y saber si ha habido cambios previos a la programación de actividades, se administró un BDI en la tercera sesión; las tres primeras sesiones son únicamente de carácter psicoeducativo y todavía no se comunica a los pacientes que empiecen a realizar actividades. Esta medida sirvió para contrastar con el BDI previo y saber si habría habido una evolución favorable debida tal vez a la medicación, la remisión espontánea o a cualquier tipo de variable extraña no contemplada. Además, con el objetivo de comprobar en cierta medida que hubo un cam-

bio progresivo y no brusco, algo lógico teniendo en cuenta que la terapia fomenta un incremento continuado de la activación, se administró un BDI en la octava sesión.

**Intervención.** Como ya se ha comentado previamente se siguió el tratamiento propuesto por Lejuez et al. (2011). Esto conllevó primero la traducción del manual y posteriormente la adaptación para que se adecuase a un formato grupal. A continuación, se describirá de manera resumida la intervención llevada a cabo en las sesiones. Algunos aspectos son de carácter transversal y se realizaron de manera continuada en todas las sesiones; como solicitar a los pacientes qué han estado haciendo durante la semana e intentar motivarles para que comprendan las consecuencias de la baja activación. La idea central del tratamiento es que los pacientes incrementen el número de actividades semanales encaminadas a cumplir con sus valores. Cabe destacar que la terapia fue dirigida por dos psicólogos (uno principal y otro que actuaba como co-terapeuta). La duración de las primeras tres sesiones fue de dos horas, y de las siguientes de una hora.

**Primeras tres sesiones.** Se establecieron las normas del grupo, que serían dos: principio de confidencialidad (no hablar a otras personas sobre los demás miembros de la terapia) y compromiso con la terapia. Se expuso qué es la depresión y el sentido que tiene el tratamiento para abordarla, se comunicó cuánto duraría. Se introdujo el Autorregistro de Seguimiento Diario (Autorregistro 1). Los sujetos completarían el Autorregistro 1 todos los días mientras durase el tratamiento y se revisarían los autorregistros de la semana anterior en cada sesión. En la segunda sesión se introdujo el Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades (Autorregistro 2). Se insistió en la importancia de que las actividades sean medibles y observables. En tercera sesión se introdujo la Clasificación y Selección de Actividades (Autorregistro 3). Gracias a ello se estableció una jerarquía de actividades de más fácil a más difícil, en total 15 extraídas del Autorregistro 2, para semanalmente ir realizando cada una, sumándose a la anterior.

**Cuarta y quinta sesión.** Se inició la programación de actividades en la cuarta sesión, a partir de aquí los sujetos tendrían que programar actividades todas las semanas. En la quinta se introdujo Contratos (Documento 4).

**Sesiones restantes (hasta la décima).** Se siguieron programando actividades y en las diversas sesiones se volvieron a revisar los formularios presentados en las sesiones anteriores. En la última sesión se preparó para la terminación.

## PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Debido a la muestra notablemente baja de sujetos (seis en total) se utilizó estadística no paramétrica. También se observó en las diferentes variables estudiadas que no se cumplía con los parámetros adecuados para la ley normal; la moda, la media y la mediana no coincidían y los parámetros de curtosis y asimetría se alejaban considerablemente de cero, habiendo además una gran variedad entre las diferentes observaciones realizadas. En unos casos los coeficientes de curtosis mostraban distribuciones leptocúrticas (Pre BDI:  $Cr=3,60$   $DE=1,74$ ) y en otros platicúrticas (Post BDI:  $Cr=-1,12$   $DE=1,74$ ). De manera similar la muestra se mostró asimétrica en el pre (BDI:  $As=1,82$   $DE=0,85$ ) y algo más simétrica en el post (BDI:  $As=0,36$   $DE=0,85$ ). En las demás escalas los resultados son similares.

Por tanto, teniendo en cuenta estos aspectos, se utilizó la *Prueba de los Signos de Wilcoxon* para saber si había diferencias estadísticamente signifi-

cativas entre las medidas pre y post-tratamiento de las diversas escalas utilizadas. Asimismo, se utilizó la *Prueba de Friedman* para las medidas repetidas del BDI. Para conocer el tamaño del efecto se calculó la *d de Cohen*. Para calcular la relación entre depresión y activación se utilizó la *Correlación de Spearman*. Los datos se consideraron significativos cuando  $p < 0,05$ . Todos los cálculos, excepto la *d de Cohen*, fueron realizados a través del software propietario *SPSS* en su versión 17.0.

## RESULTADOS

Los análisis mostraron que entre las puntuaciones pre-tratamiento del BDI ( $M=29$ ,  $D.E.=7,32$ ) y post-tratamiento del BDI ( $M=21,67$ ,  $D.E.=7,87$ ) se produjo una reducción estadísticamente significativa ( $Z=-2,207$ ,  $p=0,027$ ). Las medidas repetidas del BDI también mostraron una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=11,79$ ,  $p=0,008$ ,  $gl=3$ ). Las demás escalas para medir la sintomatología depresiva mostraron resultados similares (ver Tabla 6). Cabe destacar que en los análisis cualitativos de los autorregistros se obtuvieron también diferencias estadísticamente significativas, tanto en las conductas denominadas como depresógenas como en las saludables (ver Tabla 5)

**Tabla 5**  
Medias, desviaciones estándar, puntuaciones Z, significación y tamaño del efecto en el BDI y los Autorregistros (n=6).

Categoría	M	DE	Z	p	Tamaño del efecto (d)
<b>BDI</b>					
Pre-tratamiento	29,00	7,32			
Tercera sesión	28,17	9,06	-0,11	0,916	0,11
Octava sesión	23,83	5,67	-2,02	0,043	0,86
Post-tratamiento	21,67	7,87	-2,20	0,027	1,06
<b>Autorregistros</b>					
Primeras 3 semanas, conductas depresógenas	5,53	1,88			
Últimas 3 semanas, conductas depresógenas	3,41	1,10	-2,20	0,028	1,51
Primeras 3 semanas, conductas saludables	4,44	0,63			
Últimas 3 semanas, conductas saludables	6,89	1,44	-2,20	0,028	-2,41

Nota. En las medidas del BDI el estadístico de Wilcoxon y la *d* de Cohen siempre se han calculado respecto a las puntuaciones pre-tratamiento. En cuanto a las medidas de los autorregistros hacen referencia a la *media diaria (en horas)* de las tres primeras o últimas semanas.

**Tabla 6**  
**Medias, desviaciones estándar, puntuaciones Z, significación y tamaño del efecto**  
**en las escalas heteroaplicadas y en el BADS (n=6)**

Escalas	Pre		Post		Z	p	Tamaño del efecto (d)
	M	DE	M	DE			
HDRS	28,67	4,80	18,00	7,29	-1,99	0,046	1,01
BADS							
Total	61,00	19,47	73,67	8,71	-1,58	0,115	-0,92
Activación	17,33	11,40	28,67	6,95	-2,20	0,028	-1,32
Evitación/rumiación	19,17	4,26	22,50	3,08	-1,15	0,249	-0,98
Deterioro social	23,17	7,03	20,00	5,90	-0,94	0,345	0,53
Deterioro laboral/escolar	22,00	6,81	20,05	3,89	-0,42	0,674	0,39
EEAG	48,67	11,91	66,50	12,10	-2,20	0,027	-1,63
MINI, escala de suicidio	10,00	11,83	8,83	12,45	-1,34	0,18	0,11

De la misma manera en la subescala de activación del BADS se produjo un aumento estadísticamente significativo ( $Z=-2,201$ ,  $p=0,028$ ) entre las medidas pre-tratamiento ( $M=17,33$ ,  $D.E.=11,40$ ) y las medidas post-tratamiento ( $M=28,67$ ,  $D.E.=6,95$ ). Sin embargo, en las puntuaciones obtenidas a través de la subescala de déficit social del BADS entre las medidas pre-tratamiento ( $M=23,17$ ,  $D.E.=7,03$ ) y post-tratamiento ( $M=20$ ,  $D.E.=5,90$ ) no se apreció una reducción estadísticamente significativa ( $Z=-0,943$ ,  $p=0,345$ ).

Cabe destacar que para valorar los resultados se planteó *a posteriori* la necesidad de saber si realmente había una relación entre la sintomatología depresiva y la activación conductual, por lo que se calculó la correlación de *Spearman* aprovechando la muestra total de pacientes evaluados en el PAC ( $n=24$ ). El resultado entre la subescala de activación del BADS y las puntuaciones del BDI fue  $r_s=-0,55$ ,  $p=0,006$ . Entre la puntuación total del BADS y el BDI la relación fue más alta:  $r_s=0,73$ ;  $p<0,001$ .

Los resultados reflejaron que hubo diferencias estadísticamente significativas en las medidas post de la EEAG ( $Z=-2,20$ ,  $p=0,027$ ). Sin embargo, no se apreciaron diferencias en la escala de suicidio de la MINI ( $Z=-1,34$ ,  $p=0,11$ ). Por último, al finalizar la terapia y bajo valoración del clínico, con la ayuda del módulo de depresión de

la MINI, se diagnosticó a cuatro de los seis pacientes como trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

## DISCUSIÓN

El objetivo esencial del estudio fue adaptar y aplicar la terapia propuesta originalmente por Lejuez et al. (2001) recientemente revisada (Lejuez et al, 2011), a un formato grupal. Los resultados son positivos en tanto los pacientes mostraron una mejoría clara en los síntomas característicos de la depresión. Asimismo, se percibió un incremento de la activación conductual, es decir del número de actividades saludables que realizan los sujetos es mayor que al comienzo del tratamiento. Además, también se percibió una mejoría del funcionamiento global de los pacientes, algo que parece corroborar que la mejoría no es meramente sintomática y que ésta se traslada a otros ámbitos de la vida.

En ese sentido los resultados obtenidos van en la misma dirección que estudios anteriores donde la terapia se aplicaba en formato individual (Hopko et al., 2003). A todo esto, hay que añadir que la otra variante de la activación conductual se ha mostrado eficaz (Dimidjan et al, 2006) y mantiene el efecto a largo plazo (Dobson et al., 2008), esto podría ser un indicador de que los resultados

---

obtenidos se mantendrán estables cierto tiempo. Cabe mencionar que, a diferencia de estos estudios, el aumento de la activación y la disminución de conductas depresógenas se han reportado a través de una escala y del análisis cualitativo de los autorregistros. Esto es destacable, porque es importante saber por qué funcionan los tratamientos psicológicos. Para ello, los estudios deben mostrar no sólo una mejoría de la sintomatología clínica sino también si producen un efecto en los aspectos que pretenden cambiar. No sería extraño que una terapia funcionase por factores genéricos y no por técnicas específicas, razón por la que diferentes tipos de terapia podrían haber sido consideradas igualmente eficaces en algunos meta-análisis (Cuijpers et al., 2008).

Considerando los buenos resultados y que la terapia fue relativamente sencilla de aplicar, no requiriendo formación adicional y que se atendió a una muestra de seis pacientes en un período corto de tiempo, la implementación de esta terapia podría mostrarse todavía más eficiente de lo que ya se muestra la activación conductual en sus diversas formas (la eficacia de las terapias que llevan a cabo modelos basados en la activación puede apreciarse a través de numerosos estudios analizados por Cuijpers et al. [2007]). La razón es que la TACD puede considerarse un protocolo de corta duración (Hopko et al., 2003), en el que además la adaptación realizada en este estudio supone un paso más en la mejora de la eficiencia en los tratamientos psicológicos, ya que la terapia grupal supone una ventaja en tanto que permite atender a más pacientes utilizando menos tiempo en cada caso. Este hecho es crucial en los limitados recursos de los servicios asistenciales.

Tal vez con este tipo de tratamientos breves pueda acortarse de manera significativa la duración del trastorno depresivo, pues es en este aspecto en el que hace énfasis cualquier terapia. El tiempo que dura la depresión es de enorme importancia, y más teniendo en cuenta que en el futuro se espera que acabe siendo una de las principales causas de años vividos con discapacidad en el mundo (Mathers y Loncar, 2006). Además, la simplicidad del tratamiento propuesto puede constituir otro punto a su favor, ya que el añadir más técnicas implica enseñar más conceptos en pacientes que según se aprecia en algunos estudios (Baune

et al., 2010) muestran problemas atencionales, algo que podría ser contraproducente o inefectivo.

Por otra parte, las correlaciones indicaron que existe una relación clara entre la activación y la depresión. Este dato apoyaría la idea central del estudio: que el incremento de la activación sería lo que ha provocado la reducción de la sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que la reducción de la misma fue acompañada de un incremento del número de actividades realizadas por los sujetos.

El incremento de las actividades realizadas por los sujetos y la disminución de los síntomas depresivos sería también un indicador de que, en efecto, el valor reforzador de las conductas depresivas habría disminuido para los sujetos; en cambio, el valor de las conductas saludables habría aumentado. Algo que en un principio encaja con el componente central que motiva la terapia: la ley de la igualación de Herrnstein (1970), de la que se deduce que el estado depresivo se debe a una reducción de los reforzadores para las conductas saludables, y un aumento de los mismos para las depresivas (Hopko et al., 2003). Esto se podría haber conseguido a través de una terapia donde a lo largo de las sesiones se ha insistido en el análisis funcional y en enseñar a los pacientes de manera clara qué mantiene la depresión, a la vez que se les motiva para que pasen a la acción, es decir, realicen actividades acordes con sus valores. La realización de esas actividades y la persistencia en las mismas sería un reforzador en sí mismo, y el mostrar que las conductas depresivas son poco saludables restaría su valor reforzador. Como dato importante cabe comentar que los sujetos no mostraron alteraciones en actividad a nivel de personalidad, tal como quedó reflejado en las puntuaciones del ZKPQ. Por tanto, no estaríamos ante un patrón estable a lo largo de la vida característico de la personalidad del individuo, sino ante un patrón temporal que mantiene la depresión. Las causas, como se han comentado, serían otras y estarían relacionadas con la pérdida de reforzadores; este hecho podría deberse a diversos motivos.

Sin embargo, las limitaciones del estudio son considerables, la muestra es demasiado pequeña y no había grupo control, por lo que los resultados podrían deberse a la remisión espontánea del cuadro depresivo. La activación en este caso no sería

más que una consecuencia y no la causa, de hecho lo único que podemos afirmar es que estas dos variables están relacionadas, no que una cause la otra. Además, hay que añadir que no hubo mejoría en cuanto al deterioro social, los sujetos simplemente no incrementaron sus relaciones interpersonales de manera significativa (aunque sí hubo una ligera disminución del deterioro social, no significativa). Este hecho es importante, ya que podría ser un indicador de si se están realizando realmente actividades agradables o no. Tampoco se produjeron diferencias en cuanto a la evitación y a la rumiación que presentan los pacientes, la razón podría ser que en la TACD no se abordan directamente este tipo de aspectos (Hopko et al., 2003).

A todo esto hay que añadir que los resultados de la terapia se debieron en gran medida no sólo a la TACD sino también al efecto de los psicofármacos. Algo que resta validez interna al estudio, pero incrementa la externa ya que son pacientes reales, con largos años de evolución y en los que el trastorno depresivo reviste cierta gravedad.

En el futuro sería importante llevar a cabo estudios donde se compare la TACD, con otras alternativas también eficaces y de duración similar. O bien que se compare la TACD con otros grupos que añadan más módulos o paquetes terapéuticos que incidan en las relaciones interpersonales, y que atiendan a factores relacionados con la evitación. Estos estudios deberían mostrar si el añadir más módulos es o no útil. También sería adecuado comparar la TACD con la AC, pues la variante propuesta por Jacobson et al. (2001) incluye técnicas relacionadas con la conciencia plena (mindfulness). Por último, sería de gran importancia comparar la modalidad grupal realizada en el presente estudio con la modalidad individual, realizando un estudio no solo sobre eficacia, sino sobre costes y beneficios, es decir, sobre eficiencia. A todo esto, habría que añadir que cualquier futuro estudio debería incluir un grupo control y llevar a cabo seguimientos a largo plazo, para comprobar que el efecto de la intervención se mantiene.

Pese a que algunos de los resultados fueron no esperados, el efecto del tratamiento fue notable y muy rápido, produciendo una considerable reducción de la sintomatología depresiva, en una terapia de muy corta duración (dos meses y medio a razón de sesión semanal). Siendo así, más de la mi-

tad de los pacientes fueron valorados al finalizar la terapia como pacientes en remisión parcial, es decir, que no cumplían estrictamente con los criterios de depresión mayor. De alguna manera la terapia mostró como a medida que los sujetos aumentaban las actividades encaminadas a cumplir con sus valores, los síntomas depresivos disminuían. Parece por tanto, que la traducción de las fichas de las sesiones y de los autorregistros se entendió correctamente y fue de ayuda, mostrándose además adecuada para una terapia de grupo. La adaptación al formato grupal fue por tanto satisfactoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** **DSM-IV-TR:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, España: Masson, 2000.
2. **Barraca J.:** La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 2009; 8: 23-50.
3. **Barraca J y Pérez-Álvarez M.:** Spanish Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) (en prensa).
4. **Baune BT, Miller R, McAfoose J, Johnson M, Quirk F y Mitchell D.:** The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research*, 2010; 176: 183-189.
5. **Conde V y Useros E.:** Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 1975; 12: 217-236.
6. **Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, y van Oppen P.:** Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008; 76: 909-922.
7. **Cuijpers P, van Straten A y Warmerdam L.:** Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2007; 27: 318-326.
8. **Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, Jacobson, NS.:** Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major

- depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006; 74: 658-670.
9. **Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalzing KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, Jacobson NS.:** 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*, 2008; 76: 468-477.
  10. **Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M y Soto O.:** Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Instituto IAP, 2000.
  11. **Gawrysiak M, Nicholas C y Hopko DR.:** Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 2009; 56: 468-475.
  12. **Gomà-i-Freixanet M y Valero S.:** Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) in general population sample. *Psicothema*, 2008; 20: 318-324.
  13. **Gomà-i-Freixanet M, Valero S, Puntí J y Zuckerman M.:** Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 2004; 20: 134-146.
  14. **Herrnstein RJ.:** On the law of effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1970; 13: 243-266.
  15. **Hopko DR, Lejuez CW, Lepage JP, Hopko SD y McNeil DW.:** A brief behavioral activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavioral Modification*, 2003; 27: 458-469.
  16. **Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero J y Eifert GH.:** Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 2003; 23: 699-717.
  17. **Jacobson NS, Martell CR y Dimidjian S.:** Behavioral activation treatment for depression. Returning to contextual roots. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2001; 8: 255-270.
  18. **Krueger RF y Markon KE.:** Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understand and classify psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2006; 2: 111-33.
  19. **Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB y Pagoto S.:** Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 2011; 35: 111-161.
  20. **Lejuez CW, Hopko DR, Lepage JP, Hopko SD y McNeil DW.:** A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2001; 8: 164-175.
  21. **Mathers CD y Loncar D.:** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 2006; 3: 2011-2030.
  22. **Nezu AM, Maguth C y Lombardo E.:** Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas. México D.F.; El Manual Moderno, 2006.
  23. **Papakostas GL, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M.:** Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 2004; 26: 13-17.
  24. **Ramos JA, Cordero A y Yáñez S.:** Nuevos datos sobre la validez y fiabilidad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Anales de Psiquiatría*, 1994; 10: 146-151.
  25. **Salvador L, Seguí J, Abarca E y Humbert MS.:** Validez de una versión española de la Escala de Evaluación Global (GAS). *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1986; 13: 73-80.