

Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática

Behavioral Activation in group format for anxiety and depression. A systematic review

Rocío Coto-Lesmes*

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo, España

Concepción Fernández-Rodríguez*

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo, España

Sonia González-Fernández

Servicio de Salud del Principado de Asturias, España

Rec (23 de Octubre de 2018) Accept (22 de Enero de 2020)

Resumen

Dada la alta prevalencia de los Trastornos Mentales Comunes (TMC), la aplicación grupal de la Activación Conductual (AC) puede ser un abordaje eficaz, efectivo y más eficiente. El objetivo del presente trabajo es revisar los estudios publicados sobre la utilidad de la AC grupal para el tratamiento de la ansiedad y/o depresión. Método: Revisión sistemática. Resultados: Se incluyeron 17 estudios. Los pacientes que recibieron AC experimentaron mejoras en ansiedad y/o depresión y se informa de una mayor eficacia de AC frente a grupos control sin intervención. Conclusiones: La AC es útil para la prevención y el tratamiento de trastornos emocionales. No obstante, la heterogeneidad y limitaciones de los estudios impiden determinar los ingredientes terapéuticos exactos, y si éstos son específicos del enfoque y procedimiento de esta terapia. Sería necesario más investigación, de mayor calidad metodológica, y que evalúe los cambios en los patrones de activación/evitación objeto de intervención.

Palabras clave: activación conductual, grupo, ansiedad, depresión.

Abstract

Given the high prevalence of Common Mental Disorders (CMD), group-based Behavioral Activation (BA) could be an efficacious, effective and more efficient approach. The objective of this work is to review the published studies about the usefulness of group-based BA for the treatment of anxiety and/or depression. Method: Systematic review. Results: 17 studies were included in the review. Patients who received BA experienced improvements in anxiety and/or depression and studies reported a greater efficacy of BA compared with no-intervention control groups. Conclusions: BA is useful for the prevention and treatment of emotional disorders. However, heterogeneity and limitations of the studies make it impossible to determine the exact therapeutic elements, and if they are specific to the approach and procedure of this therapy. More research would be necessary of a higher methodological quality to evaluate changes in the activation/avoidance patterns, which are the object of the intervention.

Keywords: Behavioral activation, group, anxiety, depression.

Introducción

Los trastornos emocionales, principalmente ansiedad y depresión, también denominados “Trastornos Mentales Comunes” (TMC), son los más prevalentes a nivel mundial, y generan un importante coste económico, social y personal vinculado al malestar y el deterioro funcional que conllevan. Se estima que el 4.4% de la población mundial sufre depresión (más de 300 millones de personas), y el 3.6% ansiedad, siendo mayor su prevalencia en mujeres (World Health Organization, WHO, 2017). A esto se añade una alta comorbilidad, con tasas superiores al 50% (Kessler et al., 2015).

Como estrategia necesaria para reducir la prevalencia de los TMC, la WHO (2013), incide en la necesidad de favorecer el acceso a tratamientos eficaces desde los sistemas sanitarios nacionales. Hasta la fecha, esto no se ha conseguido, y una minoría de personas reciben un tratamiento mínimamente adecuado (Alonso et al., 2018; Thornicroft et al., 2017). Desde los sistemas de salud, el abordaje de los TMC es fundamentalmente farmacológico, y muchos de los tratamientos psicológicos implementados no cumplen los mínimos estándares de las guías de práctica clínica (Jorm, Patten, Brugha & Mojtabai, 2017).

Entre las intervenciones con apoyo empírico se encuentra la Activación Conductual (AC; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013). Esta terapia, en tanto que contextual, entiende los problemas psicológicos como formas ineficaces de resolver los problemas de la vida, aprendidos y mantenidos en interacción con un determinado contexto vital (social/cultural). Cuando una persona, ante determinadas circunstancias en las que puede experimentar malestar, intenta alterar o controlar la frecuencia o la forma de tales experiencias, y/o del contexto que las causa, adopta una estrategia de evitación que, a corto plazo, puede proporcionar alivio. Ahora bien, cuando esta estrategia se convierte en un patrón inflexible de actuación, la funcionalidad de la persona en los distintos ámbitos de la vida queda afectada. Mientras evita experiencias, se está apartando de las condiciones de la vida que son relevantes para ella y, en consecuencia, de las propias contingencias en las que podría ocurrir el cambio. De manera que, no sólo aumenta su malestar, sino que entra en un bucle de evitación en el que queda enredada (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). La evitación de experiencias/emociones es uno de los patrones de conducta identificado como proceso psicopatológico común a una diversidad de topografías diagnósticas, incluyendo los trastornos de ansiedad y depresión (Chawla & Ostafin, 2007).

La AC busca modificar estos patrones disfuncionales, aumentando la implicación de la persona con aquello que tiene valor para ella, alentando su compromiso con tareas que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas y reduciendo o eliminando las estrategias de evitación (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). Estos patrones de evitación pueden adoptar múltiples formas. Generalmente, implican el abandono o intento de control de actividades/sensaciones/pensamientos que generan malestar; pero también pueden traducirse en el incremento de otras conductas que permiten a la persona apartarse de experiencias particulares. Con independencia de en qué consistan, lo relevante para provocar el cambio es modificar la función de esta estrategia evitativa. De este modo, el proceso terapéutico se dirige a que la persona describa las relaciones entre lo que hace/siente/piensa y las condiciones del contexto social, con el propósito de identificar, precisamente, aquellas que hacen probable su comportamiento. Así, los cambios se programarán para actuar sobre dichas condiciones y no meramente para que la persona suplante una forma de actuar por otra alternativa. La AC, tiene un enfoque empírico e ideográfico y, por tanto, un procedimiento flexible, adaptado al progreso del cliente, orientado a la activación, la solución de problemas y la observación de los resultados (Martell et al., 2013). Dada esta flexibilidad, la AC podría implementarse en formato grupal, facilitando el acceso al tratamiento de los TMC y mejorando la eficiencia de la intervención (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz & Lewinsohn, 2011).

En cuanto a los procedimientos utilizados, la AC se caracteriza por la monitorización de actividades y estados de ánimo, mediante la observación y los registros de conducta, que facilitan a cliente y terapeuta la realización del análisis funcional del comportamiento. Es decir, identificar las condiciones privadas y/o públicas en las que es probable que los comportamientos objeto de la intervención ocurran y se mantengan. Ya sean aquellos que se quieren reducir/eliminar (p.e. patrones de evitación); o aquellas tareas/actividades, adecuadas a la situación individual de cada persona, que permiten activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas. Y, en consecuencia, puedan llegar a mantenerse por sus propios efectos, haciendo que la activación resulte funcional y efectiva para la persona (Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2013). Dado que las estrategias específicas se seleccionan en base al análisis funcional, se pueden emplear procedimientos de la terapia de conducta tradicional, como el manejo de contingencias, la exposición o el entrenamiento en habilidades específicas; o técnicas de otras

terapias contextuales, como el trabajo en valores, la aceptación y el mindfulness, característico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Respecto a las evidencias de la AC, ésta ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión en adultos, comparada con controles o con otros tratamientos, farmacológicos o psicoterapéuticos (Cuijpers, 2017; Ekers et al., 2014; Ekers, Richards & Gildbody, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009). En los últimos años, ha mostrado resultados prometedores con niños y adolescentes (Martin & Oliver, 2018; Tindall et al., 2017), personas mayores (Orgeta, Brede & Livingston, 2017), y en el abordaje de la ansiedad y otros trastornos comórbidos (Dimidjian et al., 2011). Sin embargo, son escasos los estudios en formato grupal y con adecuado control metodológico, que incluyan convenientemente las peculiaridades de las muestras y describan los protocolos utilizados, las variables criterio, un procedimiento ajustado de análisis de datos y seguimientos a largo plazo. Estas limitaciones dificultan el esclarecimiento de los componentes activos que explicarían su eficacia (Dimidjian et al., 2011).

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de los TMC, la AC se presenta como una alternativa de tratamiento eficaz y efectiva. Se sugiere que, al tratarse de una terapia contextual, parsimoniosa, flexible e idiográfica, podría permitir una mayor diseminación y eficiencia aplicada en formato grupal. Este trabajo de revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar los estudios publicados en los que se haya investigado la utilidad de BA grupal en ansiedad y/o depresión.

Método

Criterio de elegibilidad

En relación con el objetivo de la revisión, se pretende identificar todos aquellos trabajos que apliquen AC en formato grupal en ansiedad y/o depresión, independientemente, del diseño del estudio y el contexto de aplicación. Los criterios de inclusión fueron: (1) presencia de alguna medida estandarizada de ansiedad y/o depresión, (2) AC implementada como tratamiento independiente y no como parte de una terapia cognitivo-conductual, (3) formato grupal y presencial. Los criterios de exclusión fueron: (1) intervenciones preventivas, (2) intervención en ansiedad y/o depresión en el contexto de otros trastornos mentales y/u otros problemas médicos o psicossociales específicos, (3) estudios puramente cualitativos.

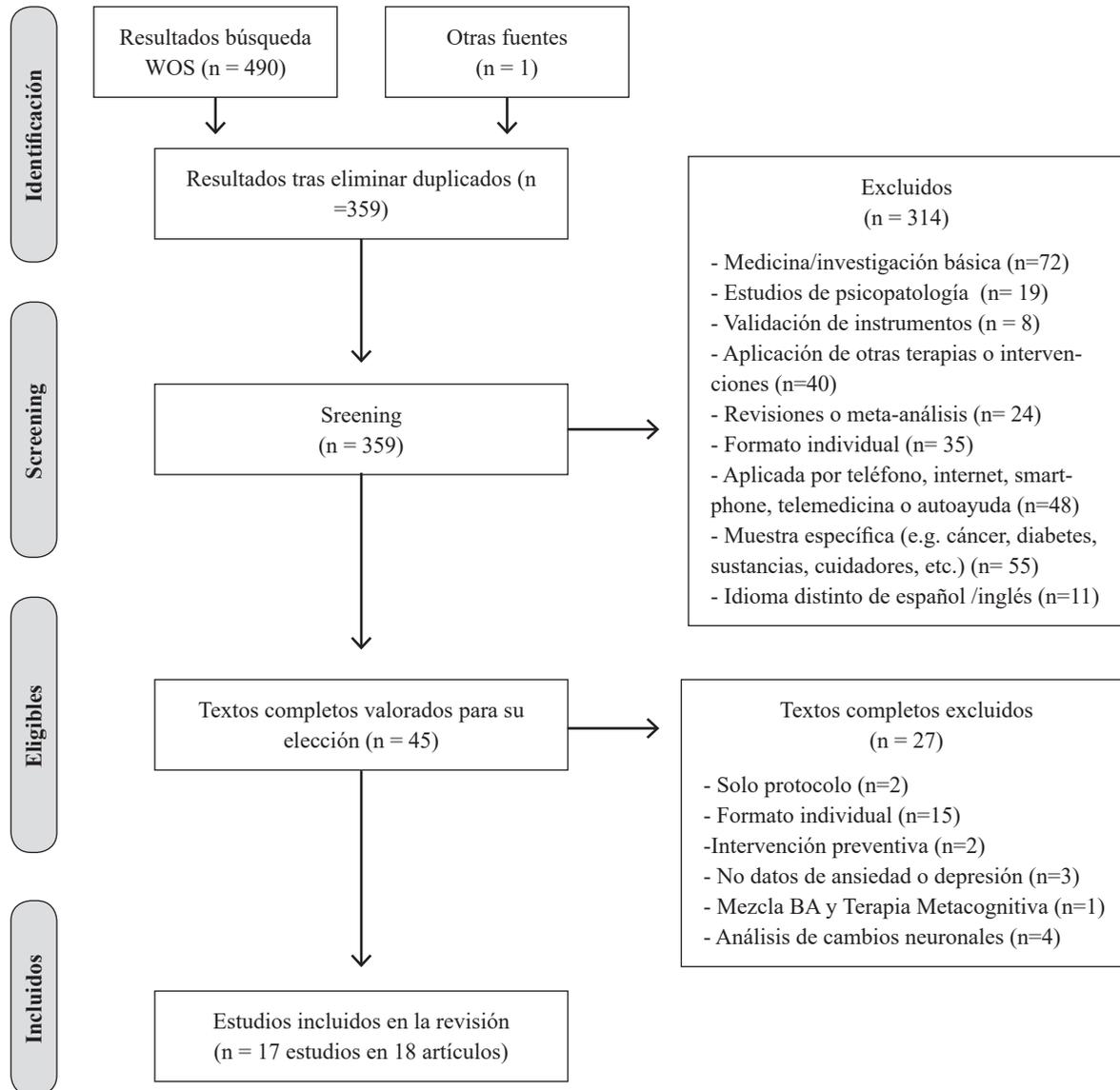
Fuentes de información y búsqueda

Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos de la Web of Science: Colección principal de Web of Science, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, KCI-Korean Journal Database, MEDLINE, Russian Science Citation Index y SciELO Citation Index, con las palabras clave “Behavio* activation and Depression and Group” y “Behavio* activation and Anxiety and Group”. Dada la existencia de revisiones anteriores, la búsqueda se limitó al periodo comprendido desde 2008 a septiembre de 2018 y a las publicaciones en inglés y castellano. También se revisaron las referencias incluidas en los estudios identificados como relevantes.

Selección de estudios

Tras eliminar los resultados duplicados, se revisaron títulos y abstracts de los 359 trabajos identificados. De estos, 45 artículos fueron seleccionados para la valoración del texto completo, excluyendo aquellos sin resultados pertinentes para los objetivos de esta revisión o donde la descripción de la intervención reveló que no era AC en formato grupal. Finalmente, se incluyeron 17 estudios. En la Figura 1 se refleja el proceso de selección de trabajos de acuerdo con las directrices para informes de revisiones sistemáticas (Liberati et al., 2009).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de trabajos para la revisión



Data ítems

Se recogieron datos sobre características de la muestra, objetivo y diseño del estudio, país en el que se realizó, condiciones de tratamiento, descripción de la intervención, principales resultados, conclusiones y limitaciones. En los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs), se utilizó la herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo (CCER; Higgins et al., 2011). En la Tabla 1 se recogen los datos más importantes de los trabajos revisados.

Tabla 1. Datos de los estudios revisados sobre intervenciones grupales basadas en Activación Conductual en Depresión y/o Ansiedad.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Chen et al., 2013 Australia	ECA	Examinar la eficacia de ACG para la preocupación en población comunitaria.	N= 49 Adultos 77.6% Mujeres	- ACG (n=25, TG 5 a 7) - GC: LE (n=24)	8 (semanal, 2 h)	- GAD Q IV - PSWQ - DASS 21 - CBAS - IUS - WSAS - SPSI-R:S	- Pre - Post - Seg (1 mes, solo ACG)	- ACG TAG-TR: 80% (Pre), 55% no TAG (Post y Seg). - Pre-post: PSWQ (d = 0,85, p > .01), depresión (DASS, d = 0,89, p < .01), Ev:Cognitiva (CBAS, d = 0,68, p < .01), IUS (d = 0,61, p < .01), SPSI-R: S (d = 0,57, p < .05), WSAS (d = 0,43), ansiedad (DASS, d = 0,40), Ev:Conductual (CBAS, d = 0,34) y estrés (DASS, d = 0,15). - Seg 1 mes: sig. PSWQ, GAD Q IV, WSAS, Ev:Cognitiva (CBAS), IUS y SPSI-R:S (p < .01).	- Tamaño muestral. - No control activo - Seg corto y no en LE. - Pérdida de datos en LE - Solo medidas de autoinforme. - No mide TAP.
Chu et al., 2016 EEUU	ECA	Evaluar viabilidad y eficacia de ACG en la escuela para evitación en ansiedad y depresión.	N= 35 Niños 49.1% Mujeres	- ACG (n=21, TG 7) - GC: LE n=14	12 a 15 (semanal, 1h) + 2 sesiones individuales.	- ADIS-IV-C con CSR - CGI-S - CDRS-R - CES-D - SCARED - BADS-A - CATS - Escala de APT.	- Pre - Post - Seg (4 meses)	- Post: ACG + TR diagnóstico principal (57,1% vs. 28,6%) y secundario (70,6% vs. 10%). d = -0,85 a -1,69. - ACG > LE CGI-S post (p = ,01). No ≠ CESD o SCARED. - ACG: + AC post (BADS-A, d = 0,80, p = ,10) y - PANs (CATS d = 0,60, p = ,09). - Tendencias lineales sig (pre-post-seg) en diagnósticos principales y secundarios, nº de diagnósticos y SCARED (p < .05). CATS: descenso sig en Seg. (p < ,05).	- Tamaño muestral. - Mezcla muestra clínica y subclínica. - No control activo.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Chu et al., 2015 EEUU	Serie de casos	Describir el desarrollo de ACG + exposición para problemas internalizantes secundarios a bullying.	N= 5 Niños 1 Mujer	- ACG	14 (semanal, 1h) + 2 sesiones individuales.	- ADIS-IV-C con CSR - ADIS-B con CSR - MBIS - SCARED - CDRS-R - CES-D-C/P - GSQ	- Pre - Post	- Remisión (post): tres de cuatro. - Menor deterioro por bullying: cuatro de cinco. - MBIS: 3 mejoran, uno estable, uno empeora. - CCS: cuatro en CES-D, dos en SCARED. - Buena satisfacción: GSQ rango 0-3 (M = 1,79, DE = 0,89)	- Diseño
Chu et al., 2009 EEUU	Serie de casos	Describir la adaptación de AC + exposición a formato grupal para adolescentes con problemas de ansiedad.	N= 5 Niños 3 Mujeres	- ACG	13 (semanal, 41min) + 1 sesión individual	- ADIS-IV-C con CSR - CGI-S - MASC-C/P - CES-D-C/P - GSQ - GCS - "Escala de objetivos" - Escala Likert de Evitación.	- Pre - Post	- TR: 75% diagnóstico principal y 75% secundario. IT: 60% se beneficia. - Mejoría en CGI-S. - 75% CCS. - Descenso en Ev. (rango 0-10); Pre: M = 5,50 DE = 1,00 a Post: M = 3,25, DE = 1,26). - Buena satisfacción: GSQ rango 8-32 (M = 23,25, DE = 7,41)	- Diseño
Fereidooni et al., 2015 Irán	ECA	Evaluar eficacia de ACG suplementario a farmacoterapia en pacientes hospitalizados por trastorno depresivo.	N= 24 Adultos 0% Mujeres	- ACG (n=8) + TH - GC: TH Medicación. (n=8) - GC: Placebo (debate película) + TH (n=8)	7 (en cuatro semanas)	- SCID-I - BDI-II - BADS	- Pre - Post - Seg (2 y 8 meses)	- ACG mejora BDI-II (p = ,001). - BDI-II no ≠ ACG vs. GCs en post y Seg-2meses, pero si en Seg-8meses (mejor ACG M = 17,37 vs. TH M = 25,87 y Placebo M = 23,16). - Sig. + Activación ACG vs. GCs (post y seguimientos, BADS, p = ,001).	- Tamaño muestral. - Todo varones. - Solo medidas de autoinforme (no SCID-I en post) - No GC sin medicación.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Hershenberg et al., 2017 EEUU	Cuasi experimental	Evaluar aceptabilidad, factibilidad y eficacia de ACG para veteranos y explorar relación entre los cambios en anhedonia decisional y la mejoría.	N= 64 (final N= 43) Veteranos 16% Mujeres	- ACG (11 grupos)	12 (semanal, 2h)	- PHQ-9 - PCL-M - BHQ-20 - BADS* - EROS* - STTS-R - Entrevista de feedback.	- Pre - Post (1 semana tras última sesión)	- ACG mejora sig depresión ($t = 7,13, p < ,0001$) y TEPT ($t = 6,17, p < ,0001$). - TR: 58% en depresión (PHQ-9) y 65% PCL-M. - Mejoras sig. en bienestar ($t = -5,28 p < ,0001$) y funcionamiento ($t = -5,92 p < ,0001$). - Reducciones sig. en BADS ($t = 4,17 p < ,0001$) y EROS ($t = 6,11 p < ,0001$). - < depresión sig. asociada con < EROS ($r = ,51, p = ,01$). - Buena satisfacción (rango 6-30): con terapia ($M = 24,51, SD = 3,95$) y terapeuta ($M = 27,18, SD = 2,64$).	- Tamaño muestral - Población específica. - No GC. - No Seg. - Solo medidas de autoinforme. - Intervención multicomponente.
Houghton et al., 2008 RU	Cuasi experimental	Describir los resultados de cinco grupos ACG realizados en contexto ambulatorio del SNS.	N=42 Adultos 66.7% Mujeres	- ACG (5 grupos)	10 (semanal, 1h 45min)	-BDI-II -CORE-OM	- Pre - Medio - Post - Seg: Entrevista (4 a 6 semanas)	- ACG mejora BDI-II (Pre, $M = 30,2, DE = 12,0$ vs. Post, $M = 17,9, DE = 13,1$). - TR: 52% Depresión Severa (Pre) – Mínima/Leve (Post). 89% Moderada (Pre) – Mínima/Leve (Post). - 33,3% CCS en post (CORE-OM). - Seg: 19% demanda terapia individual.	- Tamaño muestral - No GC - Solo medidas de autoinforme - No evaluación formal en Seg. - No control medicación.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Kellet et al., 2017 RU	Cuasi experimental	Explorar aceptabilidad, efectividad y predictores de resultados de ACG.	N=73 (final N=71) Universitarios n=46 Adultos n=27 (SNS) 59% Mujeres	-ACG (9 grupos. TG 5 a 11)	8 en SNS, 7 en universidad (semanal, 2h)	- PHQ-9 - GAD-7 - WSAS - Análisis categorial CCS.	- Pre - Post - En todas las sesiones.	- TR: 90% depresión (PHQ-9), 79% ansiedad (GAD-7) (Pre) vs. 64% y 54% (Post). - IT: ACG post reducción sig. PHQ-9 (d = 0,74), GAD-7 (d = 0,66) y WSAS (d = 0,66). - Mejora sig. solo si ≥ 4 sesiones (4 a 6 p < ,001; 7 a 8, p = ,001). - CCS: 20% Depresión, 21% Ansiedad. Ambos: 44% beneficio sig. Sin cambio: 52,11% PHQ-9, 38% GAD-7. Deterioro fiable 5,63% GAD-7.	- No aleatorización. - No GC. - No Seg. - Solo medidas de autoinforme. - Mismas medidas pre-post y en monitorización de todas las sesiones. - Pérdida de datos.
Locke et al., 2017 Canadá	ECA	Evaluar cambios en funcionamiento interpersonal y depresión durante terapia de grupo.	N= 58 Adultos 55.2% Mujeres	- ACG (n=22, TG max. 6) - SACCP (n=36, TG max. 6)	20 (semanal, 2 h) + 2 sesiones individuales iniciales.	- IIP - CSIV - CSIE - BDI - HRS - IDS - "Informes semanales" ad hoc: autoeficacia interpersonal, AS y depresión (20 ítems, escala Likert.).	- Pre - Medio (semana 10) - Post (semana 20) - Seg (3meses)	- Descenso en depresión (b10 = -,030, p < ,005) y aumento de AS (b10 = ,015, p < ,05) en todas las evaluaciones. Menos problemas interpersonales. - No \neq ACG vs. SACCP en depresión y AS autoinformada. Valoración del clínico: mejor SACCP (EEs = 0,507 y 0,688) vs. ACG (EEs. = 0,710 y 1,019), $p_s \leq ,01$. - Mayor autoeficacia (agente y comunal) – menos depresión y más actividad la siguiente semana (EEs = 0,034 y 0,030, ps < ,05).	- Tamaño muestral - No control inactivo. - Los pacientes continúan medicación y citas rutinarias. - No valoración del clínico en problemas interpersonales.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Nieto y Barraca, 2017 España	ECA	Examinar la eficacia de ACG y TCG en PANs y ansiedad.	N=18 Universitarios 80% Mujeres	- ACG (n=6) - TCG (n=6) - GC (NI) (n=6)	5 (semanal, 1h)	- ISRA-B - BADS - EROS - Autorregistro de PANs y PAPS - DTR (en TCG) - Autorregistro de exposición (ACG)	-Pre -Post	- ACG y TCG reducción sig. ISRA-B post ($z = -2,20, p < .05$) e incremento sig. PAPS ($z = -2,20, p < .05, z = -1,89, p < .05$). Solo ACG sig. reduce PANs ($z = -2,21, p < .05$). - Sig. ≠ TCG vs. ACG y GC en post: AC (BADs $\chi^2 = 6,67, p = .03$), PAN ($\eta^2 = 10,17, p = .00$) y PAP ($\eta^2 = 9,00, p = .01$). Mayor rango promedio de AC en ACG, de PAPS en TCG y de PANs en GC.	- Tamaño muestral. - Población específica. - No Seg.
Soleimani et al., 2015 Irán	ECA	Comparar la efectividad de 2 grupos (AC y TC) en ansiedad y depresión subumbral.	N= 32 (final N=27) Universitarios 74% Mujeres	- ACG (n=14, TG 8) - TCG (n=13, TG 8)	8 (semanal, 1h)	- ADIS-IV - DASS-42 - WSAS	- Pre - Post	- ACG y TCG reducen gravedad de depresión, ansiedad y estrés (DASS-42) y DF (WSAS) $p_s < .01$. - ACG > TCG en Depresión ($d = -0,86, p < .05$) - TCG > ACG en ansiedad ($d = 0,21$) y estrés ($d = 0,24$). - ACG = TCG en WSAS ($d = 0,01$). - TR: 71% depresión y 50% ansiedad (ACG post) vs. 31% depresión y 61% ansiedad (TCG). 100% ambos en estrés.	- Tamaño muestral. - Población específica. - No GC inactivo.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Takagaki et al., 2016a y 2016b. Japón	ECA	Examinar la eficacia de ACG.	N=118 Universitarios 39% Mujeres	-ACG (n = 62) TG: 1, 2 o 3. -GC (NI) (n= 56)	5 (semanal, 1h)	- CIDI - BDI-II - EQ-5D con VAS - BADS - EROS - APT Checklist	- Pre - Post	- ACG > CG en depresión (TE = -0,90, p < ,01), EQ-5D (TE = 0,57, p = ,04) y EQ-VAS (TE = 0,77, p = ,02). - ACG > GC en BADS-Total (TE = 0,81), BADS-AC (TE = 0,65); BADS-AR (TE = -0,37) BADS-SI (TE = -0,40); BADS-WS (TE = -0,71) y EROS (TE = 0,65). - Sig. grupo x tiempo: BADS-Total, BADS-AC, BADS-SI, BADS-WS y EROS. - ACG relación indirecta sig con depresión a través del refuerzo positivo.	- Población específica. - No Seg. - No GC activo - Solo medidas de autoinforme (no CIDI en post). - Mezcla formato individual y grupal.
Wesson et al., 2013 RU	Cuasi experimental	Investigar los resultados clínicos y de aptitud para el trabajo de ACG para militares.	N=46 (final N=37) Militares	- ACG (7 grupos. TG max. 10)	10 (semanal, 2h)	- PHQ-9 - Categoría de empleabilidad médica.	- Pre - Post - Seg 1 (3 meses) - Seg 2 (6 meses, solo aptitud para trabajar)	- ACG: CCS Pre-Post- Seg3 meses PHQ-9 (p < 001). Pre (M = 16,33, DE = 3,7, 100% Moderado/Severo) vs. Post (M = 6,63, DE = 5,7, 19,6% Moderado/Severo y 80,4% Mínimo/Leve). Seg-3 meses (M = 5,57 DE = 5,9,5% Moderado/Severo y 90,5% Mínimo/Leve) - Pre: 6,5% psicológicamente apto para trabajar vs. 56,8% y 65,9% en Seg-3 y 6 meses.	- Población específica - No GC - Exclusión de abandonos y pacientes con baja puntuación (pre) - No controla medicación.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Wong et al., 2018 China	ECA	Evaluar la eficacia de ACGM para depresión subumbral en Atención Primaria.	N=231 Adultos 93.1% Mujeres	-ACGM (n=115) -GC: TH (monitoreización activa o asesoramiento mínimo) (n=116)	8 (semanal, 2h)	-BDI-II -SCID-I -SF-12 -ACCG -SDS ^a -STAI -Satisfacción Escala Likert (0-5) -APT Checklist	-Pre -Post -Seg (3 y 10 meses).	-IT: ACGM > TH (Post): < BDI-II, (DM = -3,57, d = -0,54), subescala mental (DM = 3,22, d = 0,41), ACCQ (DM = 2,62, d = 0,48) (p < ,005), Tendencia < STAI-S (DM = -2,18, d = -0,26, p = ,059). -Seg-5meses: ACGM sig. < BDI-II (DM = -2,97, p = ,02). Seg-12meses (DM = -3,85, p = ,003), < incidencia TDM (10,8% ACGM vs. 26,8% TH, p = ,01). -PP: ACGM > TH: < BDI-II (Post: p = ,001, Seg-5meses: p = ,012 y 12 meses: p = ,003). -Buena satisfacción (M=4,16, DE = 0,85).	-Mayoría mujeres, amas de casa o jubiladas, casadas. -Intervención multicomponente.
Xie et al., 2017 China	ECA	Evaluar efectividad de ACG para depresión en ancianos rurales abandonados.	N= 80 (final N=73) Ancianos 58.8% Mujeres	-ACG + TH (n=40, TG 8 a 10) -GC: TH (n=40)	8 (semanal, 2h)	-DIQ -GDS -BAI -OHQ	-Pre -Post -Seg (3 meses)	-ACG: Descenso sig. GDS y BAI e incremento sig OHQ (p < ,01). Mantenido en Seg. GC sin cambios. -ACG > GC en GDS, BAI y OHQ (p < ,01). -ACG TR: Depresión 29,7% (Post), 27% (Seg-3meses) vs. 0% GC (p < ,001)	-Tamaño muestral -No control placebo.
Yang et al., 2018 China	ECA	Probar CSCT con énfasis en AC para depresión y evaluar factores que contribuyen a la eficacia.	N= 74 Universitarios 59.5% Mujeres	-CSCT (n=37, TG 7-8) -GC (n=37)	8 (semanal, 90min) + 4 (mensual, 90min)	-SDS ^b -MINI -BDI-II -SCS	-Pre -Post 1 (sesión 8) -Post 2 (sesión 12)	-CSCT sig < BDI-II post-1 (d = 0,80) y post-2 (d = 0,75) y > SCS en post-1 (d = 0,67) y post-2 (d = 0,63) vs. GC. (p < ,001) -Eficacia asociada con: BDI-II pre (+ beneficio síntomas leves, B = -0,56 p=0,04) y N° sesiones atendidas (B = -2,34 p=0,05).	-Tamaño muestral. -Población específica -No Seg. -No control de otras intervenciones. -Multicomponente.

Estudio y país	Diseño	Objetivo	Muestra	Condiciones de tratamiento	Nº de sesiones (frecuencia, duración)	Instrumentos	Momentos de evaluación	Resultados	Limitaciones
Zemestani et al., 2016 Irán	ECA	Examinar efectos comparativos de ACG y TMCG para depresión, ansiedad y regulación emocional.	N=45 (final N=41) Universitarios 60,9% Mujeres	-ACG (n=15) -TMCG (n=15) -GC: LE (n=15)	8 (semanal, 90min)	- SCID-I and II - BDI-II - BAI - CERQ	- Pre - Post - Seg (3meses)	- IT: BDI y BAI (Pre) sig. > Post (t = 8,52, d = 2,57 y t = 8,48, d = 2,56 respectivamente) y Seg. (t = 8,84, d = 2,67 y t = 5,17, d = 1,56, p < ,0001). - ACG y TMCG > LE en BDI (t = 15,9, d = 6,01 y t = 14,6, d = 5,52, respectivamente), BAI (t = 9,11, d = 3,44 y t = 10,7, d = 4,04) y CERQ (t > 6,39, d > 2,41 y t > 7,89, d > 2,98), p's < ,0001. - TMCG > ACG en Reevaluación Positiva (t=4,16, p = ,02, d = 1,57) y Catastrofización (t = 4,57, p = ,01, d = 1,72). - ACG: descenso sig. Post-Seg. Aceptación (t = 4,99, p = ,001, d = 2,67) y Reenfoque en la planificación (t = 2,96, p = 0,01; d = 1,58).	- Tamaño muestral. - Población específica - No control activo. - Seg. corto.

Nota: RU: Reino Unido. EEUU: Estados Unidos. ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado. ACG: Activación Conductual Grupal. GC: Grupo Control. ACGM: Activación Conductual Grupal con Mindfulness. TCG: Terapia Cognitiva Grupal. SACCP: Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la Psicoterapia. CSCCT: comprehensive self-control training. TG: Tamaño grupal. NI: No intervención. LE: Lista de Espera. TH: Tratamiento habitual. SNS: Sistema Nacional de Salud. GAD Q IV: Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada-DSM IV. PSWQ: Inventario de Preocupación de Pensamiento. DASS: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. CBAS: Escala Cognitivo-Conductual de Evitación. IUS: Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. WSAS: Work and Social Adjustment Scale. SPSI-R: S: Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado. ADIS-IV: Entrevista para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV. ADIS-IV-C: ADIS-IV para niños y padres. ADIS-B: ADIS-IV para bullying. CSR: Clasificación de gravedad del clínico. CDRS-R: Children's depression rating scale-revised. CGI-S: Escala de impresión clínica global. SCARED: Screen for child anxiety related emotional disorders. CES-D-C/P: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y padres. BADS: Escala de activación conductual en depresión. BADS-A: BADS para adolescentes. CATS: Escala de pensamientos automáticos para niños. MBIS: The Multidimensional Bullying Impairment Scale. GSQ: Cuestionario de satisfacción grupal. MASC-C/P: Escala Multidimensional para niños - Informe de niños y padres. GCS: Escala de cohesión grupal. SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV. BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II. PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente-9. PCL-M: TEPT (Trastorno de Estrés Posttraumático) Checklist - Versión Militar; BFHQ-20: Behavior Health Questionnaire- Well-Being and Life Functioning scales. EROS: Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno. STTS-R: Escala de Satisfacción con la terapia y el terapeuta - Revisada. CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. GAD-7: Escala para el trastorno de ansiedad generalizada. APT: adherencia del terapeuta al protocolo. IPP: Inventario de problemas interpersonales. CSIV: Escalas circunplejas de valores interpersonales. CSIE: Medidas circunplejas de constructos interpersonales. HRSD: Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión. IDS: Inventario de sintomatología depresiva. ISRA-B: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - Breve. DTR: Registro de Pensamiento disfuncional. CIDI: Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. EQ-5D: Cuestionario de salud EuroQol-5D. VAS: Escala analógica visual. HRQOL: Calidad de vida relacionada con la salud. SF-12: Cuestionario de salud, versión reducida SF-12. ACCQ: Cuestionario de Cambio de Actividad y Circunstancias. SDSs: Escala de Discapacidad de Sheehan. SDSs: Self rating depression scale. STA: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. DIQ: Cuestionario de Información Demográfica. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. BAI: Inventario de Ansiedad de Beck. OHQ: Cuestionario de felicidad de Oxford. MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-MINI. SCS: Self-control Scale. CERQ: Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones. Pre: Pretratamiento. Post: Postratamiento. Seg: Seguimiento. TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada. CV: Calidad de Vida. IT: Análisis por intención de tratar. PP: Análisis por protocolo. CCS: Cambio clínico significativo. TE: Tamaño de Efecto. Ev: Evitación. AS: Actividad Saludable. EE: Error Estándar. M: Media. DE: Desviación Estándar. DM: Diferencia Media. TR: Tasa de Remisión. DF: deterioro funcional. PANs: Pensamientos automáticos negativos. PAPs: Pensamientos automáticos positivos. AC: Activación conductual. AR: Evitación/Rumiación (subescala de BADS). WS: Deterioro laboral/escolar (subescala de BADS). SI: Deterioro social (subescala de BADS). TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

*BADS y EROS codificados inversamente, mayores puntuaciones indican mayor anhedonia decisional.

Resultados

Diseño de los estudios incluidos

De los 17 estudios, 11 son ECAs que incluyen medidas pre-post; siete de ellos, realizan uno o varios seguimientos. Mayoritariamente, comparan AC con un grupo control sin intervención; aunque cuatro, utilizan otro tratamiento psicológico como estrategia de control; y, dos de ellos, incluyen además un control placebo o sin intervención específica. También se identifican cuatro estudios Cuasiexperimentales sin grupo control, la mitad con medidas de seguimiento, y dos estudios de series de casos, que solo recogen medidas pre-post.

Muestras

En general, las muestras son muy heterogéneas y modestas, con un rango de entre 18 a 80 participantes; excepto las series de casos, con muestras muy pequeñas ($n=5$) y los estudios de Takagaki et al. (2016) y Wong et al. (2018), con muestras grandes ($n>100$). Es frecuente una mayor presencia de mujeres, con tasas que llegan a superar el 70% (Tabla 1).

Los criterios y procedimientos de captación y selección fueron diferentes entre los estudios. La mayoría selecciona a los participantes en base a la presencia de depresión y/o ansiedad, determinada generalmente a través de screening; y varios incluyen sintomatología subclínica. Seis estudios (Chu et al. 2016; Chu, Colognori, Weissman & Bannon, 2009; Fereidooni, Gharaei, Birashk, Sahraeian & Hoseini, 2015; Locke et al. 2017; Yang, Zhao, Chen, Zu & Zhao, 2018; Zemestani, Davoodi, Honarmand, Zargar & Ottaviani, 2016) utilizan una entrevista clínica para establecer un diagnóstico, sola o junto con algún procedimiento de screening previo, y cuatro (Chu, Hoffman, Johns, Reyes-Portillo & Hansford, 2015; Hershenberg, Smith, Goodson & Thase, 2017; Houghton, Curran & Saxon, 2008; Wesson, Whybrow, Gould y Greenberg, 2013) solamente señalan que los participantes fueron derivados al programa por otros profesionales. Los procedimientos de evaluación fueron muy dispares, empleándose diversos autoinformes estandarizados con distintos puntos de corte para la realización del screening y diferentes entrevistas diagnósticas (Tabla 1).

En cuanto al uso de psicofármacos, éste fue criterio de exclusión en seis estudios (Soleimani et al., 2015; Takagaki et al., 2016; Wong et al., 2018; Xie et al., 2017; Yang et al., 2018; Zemestani et al., 2016); mientras que en el resto se permite su uso o no se informa. En el estudio de Fereidooni et al., (2015) todos los pacientes recibían farmacoterapia.

Características de las intervenciones psicológicas

Todas las intervenciones fueron breves, con un rango de entre cinco a 20 sesiones, generalmente la frecuencia fue semanal y la duración de entre 1 a 2 horas. En casi la mitad de los trabajos las sesiones fueron dirigidas conjuntamente por dos terapeutas (Chen, Liu, Rapee y Pillai, 2013; Chu et al., 2009, 2015, 2016; Houghton et al., 2008; Kellet, Simmonds, Buckley, Bliss y Waller, 2017; Locke et al., 2017; Wesson et al., 2013); mientras que en el resto solo había un terapeuta por grupo o no se facilita información (Nieto y Barraca, 2017). La formación de estos profesionales es diversa, aunque es frecuente que un psicólogo o terapeuta con experiencia dirija la aplicación de la terapia, siendo el co-terapeuta estudiante de postgrado o doctorado. Solo nueve estudios informan de alguna forma de supervisión en la aplicación de la intervención (Chen et al., 2013; Chu et al., 2015, 2016; Hershenberg et al., 2017; Kellet et al., 2017; Takagaki et al., 2016; Wong et al., 2018; Xie et al., 2017; Zemestani et al., 2016).

Objetivo y contenido de la intervención.

En todos los trabajos la AC tiene como objetivo incrementar los patrones de activación conductual y analizar su eficacia o efectividad en el tratamiento de la depresión y/o ansiedad. Sin embargo, hay diferencias en cómo se aborda el cambio de los patrones de activación. Un pequeño grupo de estudios se centra en aumentar el acceso a actividades reforzantes para mejorar la tasa de respuesta-refuerzo positivo contingente (Takagaki et al., 2016; Locke et al., 2017; Xie et al., 2017). El resto, pone mayor énfasis en que los participantes identifiquen sus

patrones de comportamiento y aprendan a modificarlos, prestando especial atención a la evitación conductual. Algunos estudios incluyen objetivos específicos como la modificación de la preocupación patológica (Chen et al., 2013) o de los pensamientos automáticos negativos (Nieto y Barraca, 2017) en tanto que formas de rumiación, la mejora de la anhedonia decisional (Hershenberg et al., 2017), del autocontrol (Yang et al., 2018), o de las estrategias de regulación emocional (Zemestani et al., 2016). Otros buscan mejorar la competencia de la persona en distintos ámbitos, más allá del malestar emocional (Chu et al., 2009, 2015, 2016; Locke et al., 2017; Wesson et al., 2013).

En línea con sus objetivos, los estudios que buscan incrementar el acceso a actividades reforzantes utilizan principalmente programación de actividades, auto-monitorización y cumplimiento progresivo de objetivos, pudiendo incluir psicoeducación, resolución de problemas y prevención de recaídas. Aquellos con objetivos más amplios, añaden el análisis funcional de los patrones de comportamiento problemáticos, principalmente de la evitación, para desarrollar estrategias de activación. Desde esta misma perspectiva funcional, varias intervenciones abordan los pensamientos negativos, la preocupación y/o rumiación como formas de evitación (Chen et al., 2013; Houghton et al., 2008; Kellet et al., 2017; Nieto y Barraca, 2017; Soleimani et al., 2015; Zemestani et al., 2016), valorando su efecto sobre la capacidad de la persona para participar en actividades significativas y positivas, sin tratar de modificar su contenido, como sí se haría desde un planteamiento cognitivo.

Algunas intervenciones incluían técnicas teóricamente congruentes de la ACT, destacando el trabajo en valores (Chen et al., 2013; Kellet et al., 2017) y/o la aceptación (Houghton et al. 2008; Wong et al., 2018; Yang et al., 2018); y, dos de ellas (Wong et al., 2018; Yang et al., 2018), introducen entrenamiento en mindfulness para facilitar el cambio a través de la atención consciente a los patrones de comportamiento.

En general, el proceso para aplicar AC es flexible y todas las intervenciones incluyen tareas entre sesiones como parte fundamental de la terapia.

Variables e instrumentos

En todos los estudios la variable criterio fue el cambio en depresión y/o ansiedad. Otras variables frecuentemente incluidas fueron: calidad de vida, deterioro y satisfacción con la intervención. De los 17 estudios, nueve incluyeron medidas de activación conductual, evitación y/o grado de recompensa recibida desde el entorno. Otras variables medidas puntualmente fueron: pensamientos automáticos, preocupación, intolerancia a la incertidumbre, estrategias de regulación emocional, problemas interpersonales, percepción de la capacidad de solución de problemas, autocontrol, aptitud laboral, estrés postraumático o felicidad.

En la Tabla 1 se recogen los diversos instrumentos aplicados en cada uno de los estudios. Para la evaluación de la variable criterio (ansiedad y/o depresión), predomina el uso de autoinformes estandarizados. Aunque 10 estudios también utilizan alguna entrevista clínica, sólo cinco de ellos informan de las tasas de remisión en los diagnósticos iniciales, el resto la emplean sólo como medida inicial del estado emocional. Otros cinco estudios evalúan el cambio clínico en la variable criterio mediante distintos procedimientos. En la evaluación del resto de variables también predomina el uso de autoinformes. Una minoría incluye algún instrumento no validado para la evaluación de la evitación o la activación conductual (Chu et al., 2009; Locke et al., 2017) y sólo un estudio incluye medidas de autorregistro para los pensamientos automáticos (Nieto & Barraca, 2017).

Resultados de la intervención

Depresión

Todos los trabajos excepto Nieto & Barraca (2017) utilizan esta variable criterio, encontrando mejoras significativas en depresión en la post-evaluación; y también en los seguimientos de entre uno a 12 meses en los ocho estudios que realizan esta evaluación. En los siete ECAs que incluyen un grupo control sin intervención, quienes reciben AC muestran una mejoría significativamente mayor que el grupo de lista de espera o tratamiento habitual (TH). Cabe señalar la peculiaridad del estudio de Fereidooni et al., (2015), donde el TH solo (farmacoterapia), se compara con la adición de AC o de un placebo psicológico. La AC resulta igual de efectiva que la medicación sola o con placebo en el post y el seguimiento a los dos meses; sin embargo, resulta más efectiva

a los ocho meses. Sólo tres ECAs estudian la eficacia diferencial de AC respecto a otras terapias. Locke et al. (2017) la compara con el sistema de análisis cognitivo-conductual de la psicoterapia (SACCP), Zemestani et al. (2016) con terapia metacognitiva (TMC) y Soleimani et al. (2015) con terapia cognitiva (TC), resultando AC igualmente efectiva que SACCP y TMC y significativamente más efectiva que TC.

Además, cinco estudios informan de un alto porcentaje de pacientes que cumplen criterios de cambio clínico (Houghton et al., 2008; Kellet et al., 2017; Soleimani et al., 2015; Wesson et al., 2013; Xie et al., 2017) y cuatro refieren importantes tasas de remisión en los diagnósticos de depresión (Chu et al., 2009, 2015, 2016; Wong et al., 2018).

Ansiedad

Los diez trabajos que analizan esta variable informan de mejoras en la post-evaluación y también en los seguimientos de entre uno a 10 meses en los cinco estudios que realizan esta evaluación. En tres ECAs, la AC muestra su eficacia respecto a un grupo control de no intervención (Chen et al., 2013; Chu et al., 2016; Xie et al., 2017). Un ECA compara la eficacia diferencial de AC en ansiedad respecto a TMC (Zemestani et al., 2016) y otros dos la comparan con TC (Nieto & Barraca, 2017; Soleimani et al., 2015), encontrando resultados equivalentes.

Dos estudios informan de un alto porcentaje de pacientes que cumplen criterios de cambio clínico (Kellet et al., 2017; Soleimani et al., 2015) y cuatro refieren importantes tasas de remisión en los diagnósticos de ansiedad (Chen et al. 2013; Chu et al., 2009, 2015, 2016).

Activación conductual, evitación y refuerzo recibido del ambiente

Dos estudios informan de una reducción significativa en la evitación (Chen et al., 2013; Chu et al., 2009) y siete refieren un incremento de la activación conductual (Chu et al., 2016; Fereidooni et al., 2015; Hershenberg et al., 2017; Locke et al., 2017; Nieto & Barraca, 2017; Takagaki et al., 2016; Wong et al., 2018) en la post-evaluación. Cuatro incluyen seguimientos en un rango de uno a 10 meses; y, en dos de ellos, el incremento en la activación disminuyó, dejando de ser significativo (Chu et al., 2016; Wong et al., 2018). Comparada con otra intervención, AC fue más efectivo para incrementar la activación que TC (Nieto & Barraca, 2017), pero no hubo diferencias respecto a SACCP (Locke et al., 2017).

Estas variables se midieron con diversos instrumentos de autoinforme y, en dos trabajos, mediante escalas tipo Likert (Chu et al., 2009; Locke et al., 2017).

Solo tres estudios (Hershenberg et al., 2017; Nieto & Barraca, 2017; Takagaki et al., 2016) evalúan el grado de recompensa recibido del ambiente a través de la Reward Observation Escala (EROS), encontrando un aumento en la cantidad y disponibilidad de refuerzo. El análisis de mediación de Takagaki et al. (2016b) sostiene que el reforzamiento positivo media la relación entre la activación y el alivio de la depresión.

Deterioro funcional

Ocho estudios incluyen esta variable (Chen et al., 2013; Chu et al., 2009, 2015, 2016; Hershenberg et al., 2017; Kellet et al., 2017; Soleimani et al., 2015; Wong et al., 2018), medida a través de diversos autoinformes, salvo dos trabajos que utilizan la impresión clínica global, valorada por el clínico. Los resultados encontrados son dispares, la mayoría informan de mejoras significativas en la post-evaluación, pero otros no encuentran cambios (Wong et al., 2018) o lo hacen sólo en los seguimientos (Chen et al., 2013).

Calidad de vida

Solo tres trabajos (Hershenberg et al., 2017; Takagaki et al., 2016.; Wong et al., 2018). evaluaron calidad de vida mediante distintos autoinformes, encontrando mejoras en la post-evaluación, que no se mantuvieron en seguimientos a tres y 10 meses (Wong et al., 2018).

Pensamientos automáticos

Dos estudios encuentran una reducción significativa en los pensamientos negativos evaluados con autoinforme (Chu et al., 2016) o autorregistro (Nieto & Barraca, 2017) en el post-tratamiento, que continúa disminuyendo en un seguimiento a cuatro meses (Chu et al., 2016). Al comparar AC con TC (Nieto & Barraca, 2017), ambas aumentan los pensamientos positivos, siendo AC más efectiva en reducir pensamientos negativos.

Otros resultados

Puntualmente, los estudios informan de efectos positivos de AC sobre la preocupación, intolerancia a la incertidumbre, regulación emocional, solución de problemas, autocontrol, problemas interpersonales, aptitud laboral, estrés postraumático o felicidad.

Adhesión a la intervención

Todos los trabajos excepto tres (Fereidooni et al., 2015; Locke et al; 2017; Nieto & Barraca, 2017) informan sobre la adhesión a la intervención. En el estudio de Fereidooni et al. (2015) faltar a más de una sesión era criterio de exclusión. En general, la tasa de abandono es baja, con una ratio del 0% al 20%, encontrándose la mayoría por debajo del 10%. Sólo tres estudios midieron la adhesión al protocolo de tratamiento por parte de los terapeutas (APT), valorándola como excelente.

Dos estudios contemplan la adhesión como posible variable mediadora. Kellet et al. (2017) concluyen que para observar cambios en la depresión es necesario una asistencia mínima de cuatro sesiones. Yang et al. (2018), sostienen que la gravedad inicial y el número de sesiones atendidas, determinan simultánea e interactivamente la efectividad de la intervención.

Satisfacción con la intervención

Como se aprecia en la Tabla 1, esta variable fue evaluada en cuatro estudios, mostrando los participantes una alta satisfacción.

Limitaciones de los estudios

Los estudios revisados presentan limitaciones. Las muestras son modestas y varias proceden de poblaciones específicas. En cuanto al diseño, dos son series de casos, varios no incluyen grupo control y pocos realizan seguimientos a medio-largo plazo. Solo cuatro comparan AC con otra terapia; y, de éstos, solo dos incluyen un grupo control sin intervención o placebo.

Respecto a los procedimientos de evaluación, muchos estudios utilizan exclusivamente instrumentos de autoinforme y una minoría incluye medidas no validadas. Además, a pesar de la importancia de identificar los mecanismos responsables de los cambios, varios incluyen tratamientos multicomponente, o no evalúan los patrones de activación/evitación a los que se dirige AC, por lo que no es posible concluir qué factores son responsables de los cambios.

En la Tabla 2 se muestran los riesgos de sesgos en los ECAs valorados con la CCER. Todos generaron secuencias aleatorias para la asignación de los participantes, pero la mayoría no informan del procedimiento de ocultación. El cegamiento del personal durante la aplicación de los tratamientos no es posible en los estudios de terapia, aunque varios sí ciegan la evaluación de resultados. Ningún estudio informa de la existencia de un protocolo registrado previamente, por lo que pueden haber realizado informes selectivos de los resultados. En todo caso, la mayoría de los trabajos dan información sobre los abandonos y utilizan análisis estadísticos adecuados en el análisis de los datos.

Tabla 2. *Riesgo de sesgo*

Artículo	Generación de secuencia aleatoria	Ocultamiento de la asignación	Cegar a los participantes y al personal	Cegar Evaluación de resultados	Datos de resultado incompletos	Informes selectivos	Otras fuentes de sesgo
Chen et al.	+	?	-	-	+	?	+
Chu et al.	+	?	-	+	+	?	+
Fereidooni et al.	+	?	-	-	?	?	+
Locke et al.	+	?	-	+	+	?	+
Nieto y Barraca	+	?	-	-	?	?	+
Soleimani et al.	+	?	-	-	+	?	+
Takagaki et al.	+	+	-	+	+	?	+
Wong et al.	+	+	-	+	+	?	+
Xie et al.	+	?	-	-	+	?	+
Yang et al.	+	+	-	+	+	?	+
Zemestani et al.	+	?	-	-	+	?	+

Nota: Clave “+” bajo riesgo de sesgo, “-“ alto riesgo de sesgo, “?” desconocido/no informado.

Discusión

Esta revisión pretende analizar la utilidad de la AC grupal en el abordaje de la ansiedad y/o depresión. Se sugiere que esta terapia contextual, parsimoniosa e idiográfica, aplicada en formato grupal, permitiría una mayor diseminación y rentabilidad, lo que la convertiría en una alternativa de tratamiento eficaz, efectiva y eficiente para los TMC. La búsqueda de los estudios publicados fue exhaustiva conforme a los criterios de elegibilidad establecidos; y no se conocen, para el intervalo de tiempo establecido, otros trabajos de revisión publicados con los mismos objetivos. En relación al criterio de formato grupal, en ocasiones y por la falta de especificación de los autores, hubo dificultades para esclarecer si cuando se empleaban los términos “grupo AC” o “grupo control”, se referían a que todos los participantes asistían y participaban conjuntamente en las sesiones; o si se hablaba únicamente de grupos de comparación, que recibían un tratamiento individual.

Se identificaron 17 estudios, heterogéneos en cuanto al diseño, características de la muestra, objetivos, contenido de la intervención y rigor metodológico. Esta pluralidad, aunque dificulta establecer conclusiones firmes, aporta datos de interés sobre la adecuación y utilidad de la AC.

Todos los trabajos revisados asumen el modelo contextual de la depresión y/o ansiedad y establecen como objetivo de la intervención incrementar los patrones de activación. Ahora bien, hay diferencias en cuanto a los procedimientos utilizados. Mientras que un conjunto pequeño de estudios buscan promover el acceso a actividades reforzantes para la persona (Takagaki et al., 2016; Locke et al., 2017; Xie et al., 2017); la mayoría se focaliza en establecer/incrementar acciones orientadas a los valores y extinguir patrones de evitación que bloquean el compromiso de las personas con acciones relevantes. Estas diferencias se pueden relacionar directamente con dos protocolos terapéuticos distintos de AC avalados por su eficacia. De un lado, Lejuez et al. (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001, 2002) enfatizan el papel del reforzamiento positivo en el mantenimiento de las conductas depresivas y proponen la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD) como una intervención centrada en incrementar conductas saludables reforzadas positivamente en el entorno cotidiano de la persona y, alternativamente, eliminar cualquier reforzamiento de las conductas depresivas. Por otro, Jacobson et al.

(Jacobson et al., 2001; Martell, Addis & Jacobson, 2001), desde la consideración de que la evitación explica el mantenimiento de los problemas emocionales, establecen el análisis funcional de la conducta, particularmente, de los patrones evitación, como requisito central para diseñar un procedimiento terapéutico que asegure una mayor exposición a las fuentes de reforzamiento, mediante la eliminación de la evitación y el incremento de la activación. En todo caso, e independientemente del peso otorgado en la intervención a la desactivación de los patrones de evitación, en ambos procedimientos el incremento de gratificaciones se presenta como un ingrediente terapéutico. La relación del valor de la recompensa con la etiología y el mantenimiento de trastornos psiquiátricos está ampliamente investigada (Burkhouse, Gorka, Afshar & Phan 2017). Y del mismo modo que una recompensa ambiental inadecuada se ha destacado como un mediador del afecto negativo (Hopko, Lejuez, Ruggiero & Eifert, 2003; Martell et. al., 2001); el incremento de la activación conductual y la exposición a la recompensa ambiental, parecen aumentar el afecto positivo (Gawrysiak, et al., 2012; Carver, 2004). Ahora bien, en ningún caso esto significa que ninguno de estos protocolos de intervención busque, meramente, un incremento de gratificaciones. Antes bien, se trata de aumentar la tasa de reforzamiento contingente a acciones saludables y que dichas acciones/comportamientos lleguen a consolidarse por sus propios efectos. Evidentemente, los repertorios previos de la persona para implicarse en acciones valiosas y para experimentar contingencias gratificantes, y la disponibilidad de gratificaciones en el entorno y/o de experiencias aversivas, están en la base del cambio efectivo (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980). En consecuencia, el análisis funcional resulta un elemento angular para cualquiera de los procedimientos de AC. Sobre este requisito, no todos los trabajos ofrecen información completa de si, efectivamente, la intervención se fundamenta en el análisis funcional del comportamiento de los miembros del grupo. Asimismo, no siempre queda bien reflejado si las distintas técnicas se seleccionan según las necesidades del cliente particular. O bien, se emplean siguiendo un protocolo cerrado de tareas y técnicas, que se aplicarían a todo el grupo independientemente de la adecuación al caso particular. En consecuencia, puede afirmarse que los protocolos de los estudios publicados no siempre están descritos adecuadamente para determinar que, por sus objetivos y procedimientos, responden de forma conveniente al planteamiento contextual de AC, lo que limita la valoración de la adecuación y especificidad de las intervenciones.

Respecto a la metodología de los estudios revisados, aunque puede afirmarse que en todos ellos los análisis estadísticos parecen adecuados, el valor de los resultados alcanzados puede verse comprometido por las insuficientes medidas de control de los potenciales sesgos del proceso evaluador y terapéutico que se lleva a cabo. Menos de la mitad de los trabajos incluyen seguimientos a medio-largo plazo y sólo los ECAs incluyen grupo control, la mayoría de no intervención, en los que a veces los participantes siguen recibiendo un “tratamiento habitual” poco definido. Muy pocos comparan AC grupal con otra intervención grupal, de tratamiento activo o placebo, que siga un protocolo similar en número y frecuencia de sesiones. Además, solo en dos trabajos la terapia de comparación es un tratamiento empíricamente validado (TC). En conjunto, puede decirse que la escasez de grupos de control y la ausencia de seguimientos a largo plazo, limitan la posibilidad de atribuir específicamente a la AC grupal los cambios observados en depresión y/o ansiedad y en otras variables. No puede perderse de vista que en el contexto de cualquier terapia se ofrece a la persona una explicación de sus dificultades y un tratamiento congruente, que bien puede generar unas expectativas de éxito. Esto puede estar mediando que, una vez que la persona ha iniciado un tratamiento, se oriente/active hacia otros aspectos de su vida, sobre todo si el terapeuta ha logrado mantener una relación empática y las recomendaciones son, al menos, de sentido común (Norcross & Wampold, 2011). Por lo demás, en la propia relación con el terapeuta y el grupo, y al contar la persona sus dificultades, se produce su primera exposición a las circunstancias que dan cuenta de sus problemas. En este proceso, no sólo se facilita la extinción de respuestas emocionales, sino también el aprendizaje de nuevas estrategias instruidas y modeladas por el terapeuta y resto de participantes, con lo que nuevamente se facilitaría que la persona se reoriente hacia otros ámbitos fuera del problema (Wampold, 2015; Martell et al., 2013). Aunque estas condiciones se presentan como un ingrediente activo y común de la terapia psicológica que puede mediar en los resultados hallados, es importante poner de relieve que, en último término, se está aludiendo al papel que la exposición y activación tendrían en el cambio clínico (Meidlinger & Hope, 2017).

La utilidad de la AC en formato grupal en relación al tratamiento psicofarmacológico no ha sido suficientemente investigada en los estudios revisados. Algunos, permiten el tratamiento farmacológico concurrente con la AC grupal, aunque rara vez controlan este factor. En definitiva, los diseños de los estudios hasta ahora publicados no permiten comparar adecuadamente los efectos de la AC grupal y los psicofármacos en el tratamiento

de los trastornos emocionales. En todo caso, no cabe esperar resultados distintos de los ya disponibles en la literatura y que informan de la superioridad del tratamiento psicológico (Ekers et al., 2014). -

En cuanto a la evaluación de las variables criterio, ansiedad y/o depresión, los estudios revisados emplean procedimientos muy heterogéneos y en momentos diferentes, lo que dificulta también establecer conclusiones firmes. Todos los estudios incluyen algún autoinforme estandarizado, pero no todos comparten un mismo concepto de ansiedad/depresión y ponen distinto énfasis en las dimensiones conductual, cognitiva y somática de las respuestas. Pocos trabajos incluyen entrevistas o criterios de cambio clínico y, en estos casos, son igualmente heterogéneos, no existiendo un consenso en cuanto al criterio de cambio/beneficio clínico. En todo caso, a pesar de las peculiaridades de cada estudio en la medida de las variables criterio, no deja de ser cierto que mediante instrumentos estandarizados, se encuentran de forma reiterada mejoras en ansiedad y/o depresión y una mayor eficacia de AC en relación a grupos control sin intervención.

Únicamente siete estudios, utilizando distintos autoinformes estandarizados o escalas no validadas, evalúan los patrones de activación/evitación a los que iría dirigida la intervención y encuentran cambios en la dirección esperada en el post, pero con seguimientos escasos y resultados inconsistentes. Ningún estudio mide estas variables a lo largo del tratamiento, ni usa autorregistros en su evaluación. Desde el modelo contextual resulta fundamental, tanto para programar la intervención como para analizar la adecuación y especificidad de la misma, analizar durante todo el tratamiento las relaciones entre el comportamiento y sus condicionantes contextuales. Los instrumentos estandarizados y la observación y autorregistro de la conducta son los procedimientos usuales en la evaluación contextual, si bien, ninguno está libre de sesgo. Los autorregistros pueden tener limitaciones de fiabilidad y sobre todo de adhesión, al requerir la observación de comportamientos relevantes en el entorno cotidiano de la persona durante periodos de tiempo prolongados (Manos, Kanter & Bush, 2010). Y los autoinformes estandarizados, predominantes en los estudios revisados, tampoco están libres de problemas de fiabilidad y validez (Howard, 1980). Por ello, cobra especial importancia el empleo conjunto y durante toda la intervención, de diferentes procedimientos y del análisis de la congruencia entre los datos recogidos, aspecto que no se cumple en ninguno de los estudios revisados.

Cabe señalar que, cuando se compara AC con otras intervenciones (SACCP, TMC o TC) éstas suelen alcanzar resultados equivalentes. Esto podría explicarse, como ya se mencionó, por la acción de factores comunes, o porque todas las terapias contengan en sus procedimientos alguna forma de activación/exposición (Meidlinger & Hope, 2017). Así, AC y SACCP, resultaron igualmente efectivas para incrementar la activación (Locke et al., 2017). Sin embargo, la TC no produjo cambios, aun cuando se propone como una terapia de eficacia probada (Soleimani et al., 2015). Y Nieto & Barraca (2017), encontraron que AC resultó, en contra de lo esperado, más efectiva que TC en la reducción de los pensamientos negativos. Lo que sugiere que la AC, aunque no busca modificar o reestructurar el contenido de los pensamientos, es igualmente eficaz para provocarlo. Durante la AC se actúa en relación a la conducta verbal como con cualquier otra conducta, interviniendo en las contingencias contextuales que explican las verbalizaciones manifiestas y/o encubiertas para procurar su cambio. Además, la intervención en AC, precisamente por el énfasis que pone en que la persona describa su conducta en el contexto en que ocurre y reconozca su funcionalidad, está en condiciones óptimas de lograr que durante la terapia se trabaje la correspondencia entre decir y hacer. Ello puede explicar no sólo el cambio de los pensamientos para ajustarse a los hechos, sino que a través del decir (manifiesto y/o encubierto) se provoque un cambio en el comportamiento de la persona sin necesidad de exponerse previamente a los acontecimientos (Skinner, 1957; Sundberg, 2007). De este modo el contexto de la terapia ofrece, en sí mismo, una gran oportunidad para el cambio clínico.

En cuanto a la posibilidad de generalizar los datos obtenidos a distintas poblaciones, cabe señalar la heterogeneidad de las muestras de los estudios incluidos en la revisión. Los trabajos abarcan desde problemas subclínicos a distintos niveles de severidad de ansiedad y/o depresión en distintas poblaciones. Tomados en su conjunto, parece que la AC grupal tiene efectos positivos tanto en niños como en adultos y con distintos TMC de diversa gravedad. Sin embargo, a pesar de entender las dificultades inherentes a la investigación clínica, la mayoría de los trabajos cuentan con muestras modestas y a veces extraídas de poblaciones específicas, siendo necesario la realización de más estudios con mayores tamaños muestrales para poder asegurar la generalización de los resultados.

Conclusiones

En conjunto, los resultados de los trabajos revisados apuntan hacia la utilidad de AC en formato grupal para el abordaje de los TMC. No obstante, dada la heterogeneidad y las limitaciones de los estudios, no es posible determinar los ingredientes terapéuticos exactos, ni hasta qué punto éstos son específicos del enfoque y el procedimiento de esta terapia. Sería necesario más investigación, con trabajos que incluyan grupo control, especifiquen claramente los protocolos, realicen seguimientos a largo plazo y evalúen los cambios en los patrones de activación/evitación objeto de intervención, especialmente cuando se comparan distintas terapias. Esto permitiría diseñar intervenciones óptimas, que incidieran en el cambio de los patrones de conducta disfuncionales implicados en los TMC.

El enfoque contextual de los problemas psicológicos característico de AC, puede ayudar a las personas a reconocer las circunstancias y patrones de conducta que están manteniendo su malestar, como es la evitación (rumiación, abandono de actividades, etc.), y adoptar un papel activo en su modificación, orientándose hacia actividades, experiencias y situaciones reforzadas por sus propios efectos. Se presenta un nuevo planteamiento en el afrontamiento de los problemas emocionales, que no se dirige simplemente a eliminar o reducir el malestar, sino que pretende reimplicar a la persona en su vida. Así, la AC, mediante el análisis funcional, ayudaría a la persona a comprender cómo se relacionan sus problemas y su conducta con el malestar y permite una gran flexibilidad para ajustar el tratamiento a las peculiaridades individuales. Esto, unido a la óptima relación coste-efectividad de la aplicación en formato grupal, puede hacer que sea un tratamiento particularmente útil y eficiente para abordar los TMC.

Referencias

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., ...Thornicroft, G. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety, 35*, 195-208.
- Burkhouse, K.L., Gorka, S.M., Afshar, K., & Phan K.L. (2017). Neural reactivity to reward and internalizing symptom dimensions. *Journal of Affective Disorders, 217*, 73-79.
- Carver, C. (2004). Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion, 4*, 3-22.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of clinical psychology, 63*, 871-890.
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). Behavioural activation: a pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 533-539.
- Chu, B. C., Colognori D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 408-419.
- Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: initial randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy, 76*, 65-75.
- Chu, B. C., Hoffman, L., Johns, A., Reyes-Portillo, J., & Hansford, A. (2015). Transdiagnostic behavior therapy for bullying-related anxiety and depression: initial development and pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*, 415-429.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: an overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 58*, 7-19.
- Dimidjian, S., Barrera M. Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual review of clinical psychology, 7*, 1-38.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D. y Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one, 9*, e100100.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological medicine, 38*, 611-623.
- 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*, 104-112.
- Gawrysiak, M.J., Carvalho, J.P., Rogers, B.P., Nicholas, C.R., Dougherty, J.H., & Hopko, D.R. (2012). Neural changes following behavioral activation for a depressed breast cancer patient. *Case Reports in Psychiatry, 2012*, 152916.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*, 1152-1168.

- Hayes, S. J., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behaviour change*. Londres: Guilford Press.
- Hershberg, R., Smith, R. V., Goodson, J. T., & Thase, M. E. (2017). Activating veterans toward sources of reward: a pilot report on development, feasibility, and clinical outcomes of a 12-week behavioral activation group treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 25*, 57-69.
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., ... Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *British Medical Journal, 343*, d5928.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review, 23*, 699-717.
- Howard, G. S. (1980). Response-shift bias: a problem in evaluating interventions with pre/post self-reports. *Evaluation Review, 4*, 93-106.
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 36*, 235-239.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice, 8*, 255-270.
- Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? review of the evidence from four countries. *World Psychiatry, 16*, 90-99.
- Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Bliss, P., & Waller, G. (2017). Effectiveness of group behavioural activation for depression: a pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 45*, 401-418.
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., ... Wilcox, M.A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences, 24*, 210-226.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: treatment manual. *Behavior Modification, 25*, 225-286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice, 17*, 322-344.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine, 6*, e1000100.
- Locke, K. D., Sayegh, L., Penberthy, J. K., Weber, C., Haentjens, K., & Turecki, G. (2017). Interpersonal circumplex profiles of persistent depression: goals, self-efficacy, problems, and effects of group therapy. *Journal of clinical psychology, 73*, 595-611.
- Manos, R., Kanter, J., & Busch, A. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*, 547-561.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: Norton.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral Activation for Depression. A Clinician's Guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Martin, F., & Oliver, T. (2018). Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *European child y adolescent psychiatry, 1-15*.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411.
- Meidlinger, P. C., & Hope, D. A. (2017). The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of anxiety disorders, 46*, 101-109.
- Nieto, E., & Barraca J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce *automatic negative thoughts in anxiety generating situations*. *Psicothema, 29*, 172-177.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011) Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102.
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioural activation for depression in older people: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 211*, 274-279.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton Century Crofts.
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. A., & Coolidge, F. L. (2015). A comparative study of group behavioral activation and cognitive therapy in reducing subsyndromal anxiety and depressive symptoms. *Iranian journal of psychiatry, 10*, 71-78.

- Sundberg, M. (2007). Verbal behavior. En J. O. Cooper, T. E. Heron y W. L. Heward (Eds.), *Applied behavior analysis* (2nd ed., pp. 525-547). Nueva Jersey: Pearson.
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T., ...Yamawaki, S. (2016). Behavioral activation for late adolescents with subthreshold depression: a randomized controlled trial. *European child y adolescent psychiatry*, 25, 1171-1182.
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T., ...Yamawaki, S. (2016b). Mechanisms of behavioral activation for late adolescents: Positive reinforcement mediate the relationship between activation and depressive symptoms from pre-treatment to post-treatment. *Journal of affective disorders*, 204, 70-73
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., ...Kessler, R.C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 119-124.
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 770-796.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.
- Wesson, M., Whybrow, D., Gould, M., & Greenberg, N. (2013). An initial evaluation of the clinical and fitness for work outcomes of a military group behavioural activation programme. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42, 243-247.
- Wong, S. Y., Sun, Y. Y., Chan, A. T., Leung, M. K., Chao, D. V., Li, C. C., ...Yip, B. H. (2018). Treating subthreshold depression in primary care: a randomized controlled trial of Behavioral Activation with Mindfulness. *The annals of family medicine*, 16, 111-119.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global mental health action plan 2013-2020*. Ginebra: World Health Organization.
- Xie, J., He, G., Ding, S., Pan, C., Zhang, X., Zhou, J., & Iennaco, J. D. (2017). A randomized study on the effect of modified behavioral activation treatment for depressive symptoms in rural left-behind elderly. *Psychotherapy Research*, 1-11
- Yang, X., Zhao, J., Chen, Y., Zu, S., & Zhao, J. (2018). Comprehensive self-control training benefits depressed college students: a six-month randomized controlled intervention trial. *Journal of affective disorders*, 226, 251-260.
- Zemestani, M., Davoodi, I., Honarmand, M. M., Zargar, Y., & Ottaviani, C. (2016). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*, 25, 479-485.