

# ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN MAYOR: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Behavioral Activation in Major Depression: a literature review

---

Rodas Flores Diego Ismael <sup>1</sup>, Carrión Reyes Mónica Elizabeth <sup>1</sup>, Hurtado Córdova Andrea Vanessa <sup>1</sup>,  
Muñoz Mejía Juan José <sup>1</sup>, Villazhiñay Matute Ana Lucía <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Cuenca.

\* [monica.carrion.46@est.ucacue.edu.ec](mailto:monica.carrion.46@est.ucacue.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0001-9396>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9077-2634>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5523-9698>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6931-9456>

### Resumen

El Trastorno de Depresión Mayor es la psicopatología que ostenta la mayor prevalencia a nivel mundial, de ahí la importancia de investigar y desarrollar enfoques psicoterapéuticos basados en evidencia, como la Activación Conductual, que sean eficaces y eficientes para tratarlo. En este contexto, se realizó una revisión bibliográfica que tuvo por objetivo presentar la evidencia disponible sobre la eficacia que demuestra la Activación Conductual en el tratamiento del Trastorno de Depresión Mayor. Mediante una búsqueda de los artículos científicos publicados entre 2016 y 2021 en las bases de datos PubMed, ProQuest, Web of Science y Clinical Trials; empleando la combinación de las siguientes palabras claves: "Behavioral Activation", "Activación Conductual", "Brief Behavioral Activation Treatment for Depression", "Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión", "Major Depressive Disorder" y "Trastorno de Depresión Mayor"; se encontraron un total de nueve Ensayos Clínicos Aleatorizados, publicados en español o inglés, que incluyeron pacientes adultos, mayores de 18 años, diagnosticados con Trastorno de Depresión Mayor, cuyos resultados ubican a la Activación Conductual como un tratamiento eficaz para reducir la sintomatología depresiva, que procura resultados positivos a partir de la cuarta sesión de intervención, y que promueve la remisión de los síntomas hasta en el seguimiento de 6 meses posteriores a la finalización del proceso psicoterapéutico. Pese a ello, aspectos identificados en los artículos, tales como: empleo de muestras pequeñas, ausencia de períodos de seguimiento y heterogeneidad en los protocolos de Activación Conductual empleados, limitan la posibilidad de generalizar estos resultados.

**Palabras Clave:** Activación Conductual. Trastorno de Depresión Mayor. Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión. Depresión. Ensayo Clínico Aleatorizado. Psicoterapia.

## Abstract

Major Depression Disorder is the psychopathology with the highest prevalence worldwide, hence the importance of researching and developing evidence-based psychotherapeutic approaches, such as Behavioral Activation, that are effective and efficient to treat it. In this context, a bibliographic review was carried out that aimed to present the available evidence on the efficacy of Behavioral Activation in the treatment of Major Depression Disorder. Through a search of scientific articles published between 2016 and 2021 in the PubMed, ProQuest, Web of Science and Clinical Trials databases; using the combination of the following keywords: "Behavioral Activation", "Behavioral Activation", "Brief Behavioral Activation Treatment for Depression", "Brief Behavioral Activation Treatment for Depression", "Major Depressive Disorder" and "Major Depression Disorder "; A total of nine Randomized Clinical Trials were found, published in Spanish or English, which included adult patients, older than 18 years, diagnosed with Major Depression Disorder, whose results place Behavioral Activation as an effective treatment to reduce depressive symptoms, that provides positive results from the fourth intervention session, and that promotes the remission of symptoms up to the 6-month follow-up after the end of the psychotherapeutic process. Despite this, aspects identified in the articles, such as: use of small samples, absence of follow-up periods and heterogeneity in the Behavioral Activation protocols used, limit the possibility of generalizing these results.

**Key words:** Behavioral Activation. Major Depression Disorder. Randomized Controlled Trial. Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. Depression. Psychotherapy.

## Introducción

Los trastornos del estado de ánimo, en concreto la depresión, es una de las psicopatologías que mayor prevalencia presenta a nivel mundial, de ahí, la importancia de investigar y desarrollar programas psicoterapéuticos basados en evidencia que sean eficaces y eficientes para intervenir sobre este trastorno de salud mental. En este contexto, surge la Terapia de Activación Conductual (AC) que, entre otros, se emplea para intervenir sobre el Trastorno de Depresión Mayor (TDM).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo con una alta prevalencia alrededor del mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; de estos, cerca de 800 000 se suicidan cada año; aunando esta dificultad se conoce que entre 2005 y 2015, la estimación de personas que presentaban esta psicopatología incrementó en un 18.4 %, además se le atribuye el total de 50 millones de años vividos con discapacidad, encontrándose que afecta en mayor medida a mujeres de entre 55 y 74 años (1,2).

Dentro de los Trastorno del estado de ánimo se encuentra a la Depresión Mayor, cuya prevalencia oscila entre el 8 y el 12 % alrededor del mundo,<sup>3</sup> este trastorno afecta a mujeres y hombres en una proporción de dos a uno, respectivamente;<sup>4</sup> y, se caracteriza por la presencia de un sentimiento de tristeza persistente, así como, por la pérdida de interés en las personas, actividades y cosas que antes se disfrutaban (5).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría, para establecer el diagnóstico de TDM, se requiere que el paciente cumpla con los síntomas mencionados con antelación, junto con: pérdida o aumento de peso o apetito sin hacer dieta; alteraciones en el patrón del sueño (insomnio o hipersomnias); incremento o retraso psicomotor; pérdida de la energía; dificultades para focalizar y/o sostener la atención; ideación, planificación o intentos de suicidio, y, culpa excesiva o autocrítica severa; sintomatología que deberá estar presente durante la mayor parte del día, a lo largo de dos semanas, y que generará cambios en relación al funcionamiento previo (6).

Pérez et al. (7) refieren una etiología multicausal en este trastorno; la teoría, aunque no consensuada, que actualmente se maneja sugiere que cuando existen factores contextuales estresantes que alteran la interacción entre las monoaminas (5-HT y NA), el sistema inmune y el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA), sumados a una predisposición genética, se producen los cambios conductuales y cognitivos característicos de la depresión. En este contexto, Moras (8) justifica el empleo de intervenciones en las que se combinan farmacoterapia y psicoterapia, pues señala son eficaces para provocar un alivio temporal de los síntomas.

Existen psicoterapias que han mostrado eficacia en el tratamiento del TDM, Navas y Vargas (9) citan las siguientes: Terapia de Apoyo (TA), Terapia Interpersonal, Terapia Dinámica y Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Siendo esta última, de acuerdo con Bianchi y Henao (10), la que mayor evidencia empírica muestra. Pese a ello, Puspitasari et al. (11) ubican a la Activación Conductual (AC) como una alternativa viable para la intervención, debido a su eficacia; más aún, cuando se conoce a partir del estudio realizado por Jacobson et al. (12) que la Programación de Actividades

Agradables (Activación Conductual) es el componente de la TCC sobre el que radica su eficiencia.

La AC es un modelo psicoterapéutico de tercera generación que cuenta con una estructura, una teoría y un apoyo empírico que la convierten en una alternativa cotejada y beneficiosa en el tratamiento para la depresión (13) Existen tres vertientes de AC; la primera, se enfoca en identificar los patrones de evitación que mantienen la sintomatología depresiva y en promover actividades que resulten placenteras, por cuanto, que generen refuerzo positivo en sí mismas, de esta manera se supone mejorará el estado de ánimo (10)

La segunda propuesta de AC es el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (TBACD), en este se plantea que existe una relación inversamente proporcional entre el refuerzo y la emisión de conductas depresivas o no depresivas; es decir, si se refuerzan las primeras, incrementa su frecuencia de aparición y disminuye la aparición de las segundas; por cuanto, la intervención se enfoca en promover el refuerzo de las conductas no depresivas (14).

Finalmente, la tercera propuesta de AC fue desarrollada por Kanter et al. (14), esta toma como referencia e implementa los procesos de las dos vertientes señaladas con antelación y añade una estructura en la que las sesiones iniciales se enfocan en la Activación Simple; es decir, en el incremento de conductas que están orientadas hacia el valor; sin embargo, en caso de que esto no resulte, se realiza un análisis funcional de la conducta y se desarrolla una propuesta individualizada.

Pese a la existencia de estas tres vertientes, se identifica que la teoría básica que propone la AC sobre la etiología del TDM es que la exposición del paciente a situaciones aversivas, rutinas perdidas o interrumpidas, y la disminución del acceso a actividades positivas producen y mantienen los síntomas depresivos (15). De ahí que, el objetivo de intervención en este modelo terapéutico es sacar a los sujetos fuera de sus rutinas y reducir sus temores hacia las situaciones y actividades no familiares; es decir, aumentar el acceso del individuo a fuentes de refuerzo positivo, reconocer las interrupciones rutinarias y los patrones de evitación depresogénicos, y modificar los déficits de habilidades (16).

En este marco contextual y teórico, se desarrollaron investigaciones que tuvieron por objetivo determinar la eficacia que muestra la AC para intervenir sobre el TDM. En una revisión sistemática y metaanálisis realizada, sobre 18 ensayos clínicos, por Orgeta et al. (17), encontraron que la AC es un tratamiento eficaz para la depresión en población adulta; en el metaanálisis se obtuvo que la AC redujo las puntuaciones medias en depresión entre los participantes; además, al compararse con las intervenciones proporcionadas al grupo control existieron diferencias estadísticamente significativas en la media estandarizada en favor del grupo AC; al igual que, al aplicarse como parte de una intervención multicomponente.

Por otra parte, en una revisión sistemática desarrollada por Coto et al. (18), en la que se incluyeron 17 estudios, cuyo objetivo fue revisar las investigaciones publicadas sobre la utilidad de la AC grupal para el tratamiento de la depresión en adultos, encontraron que los pacientes que recibieron AC experimentaron mejoras en relación a los síntomas depresivos tanto en la post intervención como en el seguimiento de entre uno a 12 meses; además, los autores informaron que la AC muestra mayor eficacia que los grupos control sin intervención y que la Terapia Cognitiva; así como una eficacia

similar en comparación con la medicación sola, con la TCC, con el Sistema de Análisis Cognitivo Conductual y con la Terapia Meta-Cognitiva.

Finalmente, en la revisión sistemática llevada a cabo por Dondé et al. (19) cuyo objetivo fue identificar el impacto de la AC en pacientes con diagnóstico de depresión, se incluyeron cuatro metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y cuatro ECA; cuyos resultados sugieren que el modelo terapéutico de AC es más eficaz que: el tratamiento habitual, la lista de espera, la psicoterapia placebo, la Terapia Interpersonal, la Terapia Psicodinámica, la Terapia Basada en la Atención Plena y la Terapia Metacognitiva Grupal; e igual de eficaz en comparación con la TCC; los autores añaden que la AC es un modelo psicoterapéutico eficaz, parsimonioso y representa, en su implementación, un costo económico bajo.

Pese a los resultados positivos que muestra la AC para la intervención sobre la depresión, no se considera una alternativa de primera elección; debido a que, los estudios en las que se aplica muestran limitaciones metodológicas (muestras pequeñas) que impiden la generalización de sus hallazgos; además, de que la investigación sobre el tema es escasa (5,10). Sumado a este problema, se identifica de acuerdo con Schultz y Arora<sup>4</sup> que aproximadamente seis de cada 10 adultos que presentan TDM no reciben tratamiento debido a su alto costo. Además de que, el 80% de quienes acceden a intervenciones gold standard presentan síntomas residuales, que en ocasiones se acompañan de recaídas (20).

En este contexto, la presente revisión bibliográfica tiene por objetivo presentar la evidencia disponible sobre la eficacia que demuestra la Activación Conductual en el tratamiento del Trastorno de Depresión Mayor. Los resultados que se obtengan representarán una contribución al campo de investigación sobre la temática; además, podrían ser de interés para los profesionales y entidades (públicas y privadas) que ofrezcan servicios de salud mental; así como, para personas con diagnóstico de TDM que estén en búsqueda de un tratamiento, y para sus familias.

## Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados, en los últimos cinco años, en las bases de Datos: PubMed, ProQuest, Web of Science y Clinical Trials, utilizando los siguientes términos de búsqueda: “Behavioral Activation”, “Activación Conductual”, “Brief Behavioral Activation Treatment for Depression”, “Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión”, “Major Depressive Disorder” y “Trastorno de Depresión Mayor”.

Se incluyeron los artículos que cumplieron con los siguientes criterios: fueron ECA que investigaron a personas adultas que presentaban diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor establecido a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (21) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)<sup>6</sup>; y que, fueron publicados, en español o inglés, en revistas científicas entre junio de 2016 y junio de 2021. Mientras que, se excluyeron a los artículos

que incorporaron población menor de 18 años; así como, a aquellos que no fueron revisados por pares o sometidos a arbitraje externo.

La información presentada sobre los artículos revisados se organizó atendiendo a los siguientes tópicos: objetivo general, número de participantes, asignación a los grupos (control y experimental), descripción del tratamiento de AC empleado, escalas e instrumentos utilizados para la evaluación (momentos en los que se aplicaron) y resultados principales (eficacia de la AC para el tratamiento del TDM).

## Desarrollo y Discusión

Durante las últimas décadas ha existido un interés creciente por estudiar la eficacia que muestra la AC como un enfoque terapéutico para el TDM, en comparación con otros tratamientos o con lista de espera. A continuación, se describirán las características de los nueve ECA incluidos en la presente revisión bibliográfica (Tabla 1).

En un ECA, controlado, abierto y de no inferioridad desarrollado por Richards et al. (22) en 2016, cuyo objetivo fue establecer la eficacia clínica y la rentabilidad de la AC en comparación con la TCC para adultos con TDM (costo y resultado de la AC vs TCC para la depresión) de los servicios de atención primaria y terapia psicológica; participaron 440 personas de 18 años, o más, radicadas en Reino Unido; quienes fueron asignadas al grupo AC (221) o al grupo TCC (219), de manera aleatoria (1:1) y estratificada en función de la gravedad de la depresión, medida con el Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9) ( $<19$  vs  $\geq 19$ ), del uso o no de antidepresivos y del sitio de reclutamiento.

El tratamiento de AC se administró de forma abierta, con un máximo de 20 sesiones de 60 minutos cada una, durante 16 semanas, con la opción de cuatro adicionales de refuerzo; los Trabajadores de Salud Mental Subalternos (TSM) y terapeutas que impartieron AC o TCC fueron capacitados por expertos durante cinco días. Se hicieron evaluaciones de seguimiento a los seis, 12 y 18 meses mediante regresión lineal jerárquica. Según el análisis estadístico, AC fue superior a los controles en una media de 0.7 unidades DE (95% IC 0.39–1) o 3.8 unidades de puntuación en el PHQ-9 (2.1–5.4), cuyo margen de no inferioridad fue de 1.9 puntos (0.5 × 3.8); además, AC representa un ahorro económico, para los proveedores de salud mental, de un 21% en comparación con la TCC (22).

Este estudio corroboró la hipótesis de que la AC es tan eficaz como la TCC, y que su simplicidad y rentabilidad hace que sea adecuada para ser administrada por TSM sin formación profesional en terapias psicológicas. AC debería ser un tratamiento de primera línea para la depresión, con un potencial sustancial para mejorar el alcance y el acceso a la terapia psicológica a nivel mundial (22).

Otro ECA realizado en el mismo año, en Estados Unidos, por Collado et al. (23), cuyo objetivo fue comparar la TBACD con la TA, incluyó a 46 participantes hispano-hablantes, de entre 18 y 74 años, con diagnóstico de TDM, quienes fueron asignados aleatoriamente para ser tratados, durante 10 sesiones semanales, con cada una de las condiciones mencionadas. La TBACD incluyó sesiones donde se registró el estado de ánimo y las actividades que realizó el paciente, así como, la planifi-

cación de actividades agradables y de ser necesario la elaboración de contratos de actividades para conseguir ayuda de otros; mientras que, la TA se basó en el protocolo de Novalis, Rojcewicz y Peele.

En esta investigación, la sintomatología depresiva se midió a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en su versión II, la cual, a lo largo del estudio disminuyó significativamente ( $\beta = -2.16$ ,  $p < 0.001$ ); así mismo, se obtuvo mejores resultados para la TBACD en comparación con la TA ( $\beta = -0.59$ ,  $p = 0.04$ ), el 93% de los participantes que terminaron el tratamiento con TBACD demostraron remisión de síntomas de TDM; al igual que, se registró un aumento significativo de actividad para los participantes que fueron sometidos a AC según la medida de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (EACD) ( $\beta = 0.83$ ,  $p = 0.01$ ). Los participantes que finalizaron el tratamiento (TBACD=65% y TA = 48%), se sometieron al seguimiento después de un mes; en este periodo se mantuvo la reducción significativa de síntomas depresivos ( $\beta = -0.55$ ,  $p = 0.03$ ) y el aumento de la activación conductual ( $\beta = 0.93$ ,  $p = 0.01$ ), demostrando mejores resultados para la condición de TBACD (23).

Por otra parte, en el ECA desarrollado por Moshier y Otto<sup>24</sup> en 2017, que tuvo por objetivo probar si uno de los programas de Entrenamiento de Control Cognitivo (ECC) mejoraba los resultados del tratamiento cuando se usaba como complemento de la TBACD para el TDM; (34) participantes adultos, de entre 18 y 65 años, fueron asignados al azar al tratamiento de Entrenamiento de Control Cognitivo (ECC) o Entrenamiento de la Visión Periférica (EVP), la aleatorización se estratificó por severidad de la depresión. Para la recogida de datos se utilizaron la Entrevista Clínica Estructurada, el IDB-II y la Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg (ECDMA). Para los análisis de significación clínica, la respuesta al tratamiento se definió como una disminución en la puntuación del IDB-II de al menos 47% y la remisión se definió como una puntuación en el IDB-II  $\leq 12$ . La TBACD consistió en cuatro sesiones semanales, posteriores a las cuales se aplicarían cuatro sesiones de ECC o EVP.

La evaluación post-tratamiento tuvo lugar en la semana cinco; mientras que la evaluación de seguimiento tuvo lugar en la semana ocho. Los resultados demuestran un beneficio clínico sustancial después de cuatro sesiones de TBACD ( $M = 11.1$ ;  $DE = 10.7$ ); sin embargo, la aplicación de ECC o EVP complementarias no mejoraron los resultados. Este estudio sugiere que la TBACD tiene efectos positivos sobre el TDM, sin embargo, insta a investigar las condiciones bajo las cuales la ECC puede ser eficaz como complemento de la TBACD (24).

En el mismo año, Euteneuer et al. (25) realizaron un ECA que tuvo como objetivo demostrar que la TCC con AC más ejercicio físico tiene un efecto antiinflamatorio e inmunológico en pacientes con TDM, en comparación con TCC con actividades placenteras sin ejercicio físico y lista de espera; la muestra fue de 98 participantes adultos, quienes participaron en intervenciones, de 50 minutos cada una, durante 16 semanas; la intervención consistió en tres fases fundamentadas en la TCC común; en la primera fase se trabajó en psicoeducación sobre el ejercicio y la asociación de los pensamientos con depresión; en la segunda fase el trabajo estaba dirigido a los dos grupos experimentales; así, durante la AC se implementó un programa para el ejercicio físico de 40 minutos a la semana, mientras que en la segunda condición se trabajó en actividades eutímicas; en la última fase se ejecutó Terapia Cognitiva con el objetivo de modificar creencias disfuncionales y evitar el riesgo de recaídas.

Los resultados obtenidos a través del BDI-II, demuestran la disminución de síntomas depresivos para la condición de TCC con AC más ejercicio físico en comparación con la lista de espera, en la semana ocho de tratamiento ( $t_{95.1} = 2.88, p=0.05$ ), así mismo, la TCC con actividades placenteras presenta disminución significativa de síntomas depresivos ( $t_{94} = 3.15, p=0.002$ ) frente a la lista de espera; también es importante indicar que entre las dos condiciones TCC con AC más ejercicio y TCC con actividades placenteras sin ejercicio, no existió diferencia significativa en la semana ocho ( $t_{74.7} = 0.23, p = 0.816$ ) ni en la semana 16 ( $t_{86.5} = -0.14; p=0.889$ ), siendo igualmente efectivas; según el muestreo de sangre, no se registró resultados significativos de la influencia del ejercicio físico en los marcadores inmunológicos (25).

Un año después, un estudio ejecutado por Gollan,<sup>15</sup> en Estados Unidos (EEUU), que tuvo como fin determinar en qué se diferencian las personas con depresión de las personas sanas respecto a la actividad cerebral y a la interpretación de emociones (asimetría afectiva y reactividad afectiva), tanto antes como después de recibir un tratamiento con AC; para tal efecto, se reunió a 77 participantes, 41 con diagnóstico primario de TDM de acuerdo al DSM-IV y con puntuaciones mayores a 24 en el Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS-SR), y 36 participantes sin síntomas psiquiátricos y con puntuaciones menores a 11 en el IDS-SR; el estudio tuvo una duración de 31 semanas, todos los participantes completaron exámenes de referencia en la semana uno y dos; los participantes deprimidos recibieron 16 sesiones semanales de terapia AC de 50 minutos diarios, y en las semanas ocho, 16, 17 y 28 fueron evaluados nuevamente.

Los resultados primarios obtenidos prueban la asociación entre el cambio de sesgo de negatividad durante el tratamiento con AC y la gravedad de la depresión informada por el paciente (semana 16 IDS-SR), la cual se midió mediante una tarea informática; como prueba estadística de hipótesis se utilizó un valor menor a 0.5, el método de estimación fue de 2.58 ( $p= 95\%$ ), dispersión de parámetros tipo error estándar de la media valor 0.75; después de recibir el tratamiento las personas con depresión tuvieron una mejora significativa en cuanto a la activación cerebral y a la interpretación de sus emociones, no se realizó seguimiento (15).

Por otro lado, en el ensayo clínico aleatorizado desarrollado por Hemanny et al.<sup>26</sup> en 2019, en EEUU, que tuvo por objetivo comparar la eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo (TCBE), la AC y el Tratamiento usual (farmacoterapia) para intervenir sobre el TDM; se asignaron al azar 76 participantes con diagnóstico de TDM, a una de las tres intervenciones, quienes fueron evaluados al iniciar el proceso, a las seis semanas y a las 12 semanas. La intervención con AC consistió en una adaptación, de 12 sesiones aplicadas en 4 fases, del protocolo desarrollado por Martell, Addis y Jacobson. En la primera fase, se presentó el modelo de AC y se trabajó sobre la relación entre el comportamiento y el estado de ánimo; en la segunda, se promovió el desarrollo y la ejecución de actividades para incrementar los refuerzos ambientales que recibían los participantes; en la tercera, se instó a los participantes a utilizar estrategias de afrontamiento para resolver los problemas, en lugar de evitarlos; finalmente, en la cuarta fase, se trabajó sobre prevención de recaídas.

Los resultados obtenidos en la investigación mostraron que tanto la TCBE como la AC fueron más eficaces que la farmacoterapia para reducir la sintomatología depresiva. En concreto, en el grupo



de AC existió una reducción del puntaje en la Escala de Hamilton para la Depresión (EHD) de 4.68 (seis semanas) y 4.75 (12 semanas), al compararla con el grupo control se identificó una diferencia estadísticamente significativa ( $\beta = 4.75$ ,  $p = .01$ ); al igual que, en los resultados del IDB ( $\beta = -5.850$ ,  $p = .009$ ); por otra parte, al comparar AC y TCBE en relación a los resultados del IDB no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ( $\beta = .12$ ,  $p = .95$ ) (26).

En cuanto al ECA realizado por Gros y Allan (27), que tuvo como fin comparar la eficacia de la Terapia Conductual Transdiagnóstica (TCT) con el TBACD en adultos mayores, diagnosticados con trastornos afectivos, el estudio reunió a 105 personas que buscaban tratamiento, quienes fueron asignados al azar a los grupos TCT o TBACD para recibir 12 sesiones; 93 participantes iniciaron el tratamiento, pero 50 completaron el protocolo de intervención (TCT  $n=29$ ; TBACD  $n=21$ ).

Respecto a las medidas de evaluación, se administraron en el pretratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento a los seis meses; los resultados muestran que la sintomatología depresiva en el grupo TBACD, medida con las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), no mostró diferencias entre el pre tratamiento ( $B=-2.24$ ,  $p=.01$ ), el post tratamiento ( $B=0.003$ ,  $p= 1.00$ ) y el seguimiento ( $B=1.04$ ,  $p= 50$ ); además al comparar el grupo TBACD con el grupo que recibió TCT no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ( $d=0.09$ ) (27).

Otro ECA realizado por Gros (28), tuvo como objetivo evaluar la eficacia preliminar de la AC y de la Terapia Conductual Transdiagnóstica (TCT) para reducir la sintomatología, la comorbilidad y mejorar la calidad de vida en pacientes que asistían a un centro médico debido a que presentaban trastornos depresivos y de ansiedad; un total de 93 participantes, 22 mujeres y 71 hombres, fueron asignados al azar a una de las dos condiciones de tratamiento; para recibir entre 12 y 16 sesiones semanales de psicoterapia individual de 50 minutos; el protocolo de la AC incluyó varios componentes primarios: psicoeducación sobre síntomas depresivos y de ansiedad (sesión uno), evaluación de la motivación y configuración de los planes de tratamiento (sesión dos), terapia de exposición (sesiones tres-15) y prevención de recaídas (sesión final); además de estos componentes primarios, se adicionaron módulos opcionales para complementar la terapia de exposición.

Para la recogida de datos se utilizaron la DASS, el Inventario de rasgos estatales de ansiedad cognitiva y somática (STICSA), y la Escala de clasificación de intrusión por enfermedad (IIRS). Los resultados, en la fase de seguimiento (seis meses), muestran una disminución de la media, para cada grupo, en sintomatología depresiva (TCT = 4.51, AC = 6.01), en ansiedad (TCT = 4.14, AC = 4.15), y en estrés (TCT = 6.29, AC = 5.93) medidas con la DASS; así como, en pensamientos negativos (TCT = 18.05, AC = 17.85), en somatizaciones (TCT = 16.81, AC = 16.96) medidas con el STICTSA; y en intrusiones (TCT = 32.85, AC = 29.77) medidas con la IIRS. Por cuanto, se concluye que mientras que la AC es una psicoterapia dirigida más a síntomas depresivos, la TCT actúa como psicoterapia para síntomas depresivos y de ansiedad (28).

Por otra parte, en una investigación ejecutada en Brasil dos años después, que tuvo por objetivo examinar la efectividad de nueve sesiones de AC como tratamiento para el TDM en el entorno clínico de una comunidad de salud mental, Crits et al. (29) asignaron al azar a 80 participantes con diagnóstico de TDM para recibir AC o Tratamiento Usual (TU), en una proporción tres a uno,

respectivamente. El grupo AC (n = 60) recibió nueve sesiones adaptadas del modelo propuesto por Martell y su equipo en 2013, mismas que se aplicaron en un máximo de tres semanas; el objetivo de la intervención fue identificar y promover la adherencia a actividades y espacios en los que se refuerzan las conductas no depresivas de la persona; para ello, emplearon estrategias como: automonitorización, programación y ejecución de actividades diarias, juego de roles para trabajar evitación y establecimiento de rutinas para evitar pensamientos rumiativos.

Crits et al. (29), en la investigación, realizaron cuatro evaluaciones (pre intervención, al primer mes, al segundo mes y al finalizar el tratamiento); a partir de las cuales, señalaron que en el grupo que recibió AC los resultados muestran una reducción significativa de la sintomatología depresiva, a lo largo del tiempo, medida a través de la EHD ( $d = 0.68$ ,  $p = 0.007$ ); mientras que, existió un incremento significativo en la activación conductual evaluada con la EACD ( $F = 51.3$ ,  $p < 0.001$ ). No se compararon los resultados del grupo experimental y el grupo control.

**Tabla 1.** Características de los ECA incluidos

*Ensayos clínicos incluidos en la revisión bibliográfica*

Autores	País	Año	GE (N)	GC (N)	Seguimiento (meses)	Herramientas	Resultados
Richards et al.	Reino Unido	2016	AC=221	TCC=219	Seis, 12 y 18 meses, mediante regresión lineal jerárquica	PHQ-9	AC no es inferior a TCC AC + rentable que TCC AC puede ser administrada por TSM AC debería ser un tratamiento de primera línea para la depresión.
Collado et al.	EEUU	2016	TBACD = 23	TA = 23	1	DBI-II y EACD	TBACD es eficaz para reducir los síntomas depresivos y para aumentar la activación conductual
Moshier y Otto	EEUU	2017	BATD + ECC = 34	-	1	Entrevista clínica estructurada BDI ECDMA	Efectos de ECC pueden no ser tan sólidos. ECC semanal no agrega beneficios clínicos al tratamiento de TBACD de cuatro sesiones.
Euteneuer et al.	Alemania	2017	TCC con AC + ejercicio físico = 34 TCC con actividades placenteras = 34	Lista de espera = 30	-	BDI-II y muestreo de sangre	TCC con AC más ejercicio físico y TCC con actividades placenteras resultaron ser igualmente eficaces.
Gollan	EEUU	2018	AC = 41	Pacientes sin síntomas psiquiátricos = 36	-	IDS-SR	AC eficaz en interpretación de emociones
Hemanny et al.	Brasil	2019	TCBE = 26 AC = 24	Farmacoterapia = 26	-	EHD e IDB	AC y TBCE son más eficaces que Farmacoterapia. AC igual de eficaz que TBCE.
Gros	EEUU	2019	TCT = 20	AC = 13	6	DASS STICSA IIRS	AC tan eficaz que TCT. AC para síntomas depresivos y TCT para síntomas depresivos y ansiedad.
Gros y Allan	EEUU	2019	TCT = 29	TBACD = 21	6	DASS STICSA	TBACD no muestra diferencia estadísticamente significativa con TCT
Crits et al.	EEUU	2021	AC = 60	TU = 20	-	EHD y EACD	AC eficaz para reducir síntomas depresivos y para aumentar la activación conductual

*Nota.* ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado; AC = Activación Conductual; DASS = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; EACD = Escala de Activación Conductual para la Depresión; EEUU = Estados Unidos; EHD = Escala de Hamilton para la Depresión; IDB = Inventario de Depresión de Beck-II; IDS-RS = Inventario de sintomatología depresiva; IIRS = Escala de clasificación de intrusión por enfermedad; ECDMA = Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Asberg; PHQ-9 = Cuestionario de salud del paciente 9; STICSA = Inventario de rasgos estatales de ansiedad cognitiva y somática; TBACD = Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión; TCBE = Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo; TCT = Terapia Conductual Transdiagnóstica; TSM = Trabajadores de Salud Mental Subalternos; TU = Tratamiento Usual.

Una vez que se describieron de manera breve los nueve artículos incluidos en la presente revisión bibliográfica; es posible presentar unos comentarios relativos a la discusión, mismos que responderán al objetivo general planteado para el desarrollo de este artículo, que fue: presentar la evidencia disponible sobre la eficacia que demuestra la Activación Conductual en el tratamiento del Trastorno de Depresión Mayor.

Es preciso, previo a dar una respuesta al objetivo, señalar que la mayoría de las investigaciones sobre la temática, que fueron incluidas en esta revisión, se desarrollaron en EEUU (n = 6) y en Europa, en específico en Alemania (n = 1) y en Reino Unido (n = 1); pese a ello, también se incorporó una investigación desarrollada en Brasil (Latinoamérica).

De estas, Crits et al. (29) Gollan (15) y Hemanny et al. (26) reportaron que la AC es eficaz para reducir la sintomatología depresiva al finalizar el tratamiento; , de hecho, de acuerdo con Moshier y Otto,<sup>24</sup> a partir de la cuarta sesión se pueden identificar efectos positivos de la aplicación de AC sobre el TDM; mismos que, según señalaron Collado et al. (23) se mantienen hasta seis meses después de que haya concluido el proceso psicoterapéutico; estos autores puntualizan en que el 93% de personas que finalizan el tratamiento muestran una remisión total de los síntomas.

Además, en concordancia con lo encontrado por Orgeta et al. (17) en su revisión sistemática, la eficacia reportada estaría relacionada con la capacidad de este enfoque para promover la activación conductual, el cambio de sesgo de negatividad (23-29) la activación cerebral y el manejo de emociones (15). Sumado a estos beneficios, Richards et al. (22) refieren que la implementación de AC como tratamiento para el TDM, representa un ahorro económico para los proveedores de salud mental de un 21% en comparación con la TCC.

En este contexto, la AC mostró ser más eficaz que la farmacoterapia sola (26) y que la Terapia de Apoyo (23) e igual de eficaz que la Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo (26) y que la Terapia Conductual Transdiagnóstica (28) para intervenir sobre el TDM.

Sin embargo, en la investigación realizada por Gros (28), se identificó que la TCT muestra más beneficios que la AC cuando el paciente presenta trastornos comórbidos (Ansiedad y Depresión); sobre esta investigación es importante precisar que se proporcionó AC a adultos mayores con antecedentes de servicio militar, en quienes, contrario a los resultados obtenidos por Orgeta et al. (17), en su revisión sistemática, no se identificó una disminución de la sintomatología depresiva al finalizar el tratamiento con AC, y tampoco en el seguimiento posterior.

Por otra parte, se incluyó una investigación en la que se utilizó a la AC como parte de un tratamiento multicomponente. Los resultados de esta sugieren que la intervención en la que se combinaron TCC con AC más ejercicio físico fue más eficaz que la lista de espera para promover la remisión de la sintomatología depresiva, e igual de eficaz al compararse con la combinación de TCC con AC (sin ejercicio físico) (25).

Respecto a las limitaciones identificadas, es necesario indicar que pese a los resultados positivos señalados con antelación, estos no pueden ser generalizados, pues las investigaciones incluidas en la presente revisión, a nivel metodológico, contaron con muestras pequeñas, además, a excep-

ción de tres, no existió un periodo de seguimiento que permita determinar la eficacia de la intervención a lo largo del tiempo; así también, los protocolos de AC, en cuanto al número de sesiones, temas a abordar en cada una de ellas y tiempo, fueron heterogéneos.

Por cuanto, se sugiere que próximas investigaciones implementen Ensayos Clínicos Aleatorizados en los que se valore la eficacia de la AC para el tratamiento del TDM en muestras representativas de la población, a quienes se las evalúe en el pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento de hasta, por lo menos, seis meses; además, sería importante que en estos ECA se compare la AC con tratamientos considerados gold standard, como la TCC, TA, Terapia Interpersonal y Terapia Dinámica; así como con la combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

## Conclusión

Finalmente, a modo de conclusión, no es posible aseverar, debido a las limitaciones de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica, que el Tratamiento de Activación Conductual es eficaz para prevenir e intervenir sobre el Trastorno de Depresión Mayor; sin embargo, es importante rescatar que este enfoque psicoterapéutico de tercera generación muestra resultados positivos para reducir la sintomatología depresiva en el TDM, así como, para promover la activación conductual; empero es necesario profundizar en su investigación.

### Fuente de Financiamiento

El desarrollo de la presente revisión bibliográfica fue autofinanciado.

### Conflicto de Interés

Los autores declaran que no recibieron financiamiento, así como, que no mantiene una relación que pueda suponer un conflicto de interés respecto al contenido presentado en esta revisión bibliográfica.

### Limitaciones de Responsabilidad

Los autores declaran que la información proporcionada en la presente revisión bibliográfica es de su autoría, por cuanto, se responsabilizan por la misma.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones Sanitarias Mundiales. 1ra ed. Washington D.C: Editorial Organización Panamericana de la Salud; 2017.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2002 [actualizado 13 sep 2021: citado 26 jul 2021]. Depresión [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 283(1):3095–3105.
4. Schulz P, Arora G. Depression. *Continuum (Minneapolis)*. 2015; 21(3):756–771.
5. Uphoff E, Pires M, Barbui C, Barua D, Churchill R, Cristofalo D, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults with non-communicable diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 8(8):1-65.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. Arlington: Editorial Panamericana; 2014.
7. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Biomédica*. 2017; 28(2):73–98.
8. Moras K. Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*; 2006; 16(5):519–525.
9. Navas W, Vargas M. Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*. 2012;26(2):19–35.
10. Bianchi J, Henao Á. Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*. 2015;33(2):69–80.
11. Puspitasari A, Kanter J, Murphy J, Crowe A, Koerner K. Developing an online, modular, active learning training program for behavioral activation. *Psychotherapy (Chic)*. 2013;50(2):256–265.
12. Jacobson N, Dobson K, Truax P, Addis M, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive - Behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):295–304.
13. Barraca J. La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2016;42(165–166):15-33.
14. Kanter J, Busch A, Weeks C, Landes S. The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *Behav Anal*. 2008;31(1):1-21.
15. Gollan J. Using Affective Differences to Predict Response to Behavioral Treatment for Major Depressive Disorder. *ClinicalTrials.gov* [Internet]. 2018 [citado 28 jul 2021]; NCT00909220. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT00909220?view=record>
16. Jacobson N, Martell C, Dimidjian S. Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001;8(3):255–270.
17. Orgeta V, Brede J, Livingston G. Behavioural activation for depression in older people: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;211(5):274-279.
18. Coto R, Fernández C, González S. Behavioral activation in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Terapia Psicológica*. 2020;38(1):63-84.
19. Dondé C, Moirand R, Carre A. L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *Encephale*. 2018;44(1):59–66.
20. Lozano J. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. *SEMERGEN*. 2009;35(1):43–9.
21. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enferme-

- dades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ma ed. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
22. Richards D, Ekers D, McMillan D, Taylor R, Byford S, Warren F, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2016;388(1):871–880.
  23. Collado A, Calderón M, MacPherson L, Lejuez C. The Efficacy of Behavioral Activation Treatment among Depressed Spanish-Speaking Latinos. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(7):651–657.
  24. Moshier S, Otto M. Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *J Affect Disord*. 2017;210(1):265–268.
  25. Euteneuer F, Dannehl K, Del Rey A, Engler H, Schedlowski M, Rief W. Immunological effects of behavioral activation with exercise in major depression: An exploratory randomized controlled trial. *Transl Psychiatry*. 2017;7(5):1-10.
  26. Hemanny C, Carvalho C, Maia N, Reis D, Botelho AC, Bonavides D, et al. Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: Preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectr*. 2019;25(4):535–44.
  27. Gros D, Allan N. A randomized controlled trial comparing Transdiagnostic Behavior Therapy (TBT) and behavioral activation in veterans with affective disorders. *Psychiatry Res*. 2019;25(4):535-544.
  28. Gros D. Transdiagnostic Psychotherapy for Veterans With Mood and Anxiety Disorders. *ClinicalTrials.gov* [Internet]. 2019 [citado 01 de agosto de 2021]; NCT01947647. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01947647#contactlocation>
  29. Crits P, Goldstein E, King C, Jordan M, Thompson D, Fisher J, et al. A Feasibility Study of Behavioral Activation for Major Depressive Disorder in a Community Mental Health Setting. *Behav Ther*. 2021;52(1):39–52.

**Recibido:** 18 junio 2022

**Aceptado:** 13 agosto 2022