

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



TESIS

Para optar el Grado Académico de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud

Programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de
ciencias de la salud

Autor: Bach. Franco Jimenez, Rulman Andrei

Asesor: Mg. Dina Figueroa Guzmán

LIMA-PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Luis Oswaldo Pérez Flores

Dr. José Carlos Anicama Gómez

Mg. Fernando Antonio Lamas Delgado

DEDICATORIA

*A mis padres Victor Rulman Franco Linares y
Nina Gloria Jimenez Rodriguez por su apoyo
y motivación constante.*

AGRADECIMIENTOS

A la Mg. Dina Figueroa Guzmán por todo su apoyo y asesoría, no solo en la presente investigación, sino en mi formación como terapeuta y como profesional.

A la Dra. Luisa Vargas Reyes por brindar las instalaciones y facilidades necesarias para poder ejecutar el programa de intervención.

A mis pacientes, quienes no solo me brindan el privilegio de ayudarlos, sino además la oportunidad de aprender y crecer con ellos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo I: Planteamiento del problema	3
1.1. Introducción	3
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.2.3. Importancia y justificación del estudio.....	7
1.3. Objetivos generales y específicos	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Limitación del estudio	8
Capítulo II: Marco teórico	11
2.1. Marco histórico.....	11
2.1.1. Modelos conductuales de la depresión	11
2.1.2. Depresión en universitarios iqueños.....	14
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema	15
2.2.1. Depresión en estudiantes de ciencias de la salud	15
2.2.2. Efectividad de la terapia de activación conductual	18
2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	23
2.3.1. Terapias contextuales	23
2.3.2. Terapia de Activación Conductual	24
2.2. Definición de términos básicos.....	25
2.2.1. Sintomatología de la depresión	25
2.2.2. Grado de activación	26
2.3. Hipótesis	28
2.3.1. Hipótesis General	28
2.3.2. Hipótesis Específicas.....	29
2.4. Variables	30
2.4.1. Variables dependientes	30
2.4.2. Variable independiente	30
2.4.3. Variables de control.....	30
2.4.4. Variables extrañas.....	33

Capítulo III: Marco metodológico.....	34
3.1. Diseño de investigación.....	34
3.2. Población y muestra	34
3.2.1. Población	34
3.2.2. Muestra	34
3.3. Técnicas e instrumentos	36
3.3.1. Ficha sociodemográfica.....	36
3.3.2. Inventario de Depresión de Beck-II Adaptado.....	36
3.3.3. Behavioral Activation for Depression Scale: BADS.....	38
3.3.3.1. Ficha técnica	38
3.3.4. Environmental Reward Observation Scale: EROS	41
3.3.5. Programa de Activación Conductual para la depresión.....	44
3.4. Recolección de datos	46
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	47
 Capítulo IV: Resultados y análisis de resultados	 49
4.1. Resultados.....	49
4.2. Análisis de resultados	55
 Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	 60
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones	60
 Referencias bibliográficas	 62
ANEXOS	79
Anexo 1: Declaración de autenticidad y no plagio.....	80
Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	81
Anexo 3: Consentimiento informado para el participante.....	82
Anexo 4: Matriz de consistencia	83
Anexo 5: Protocolos o instrumentos utilizados	85
Anexo 5.1. Ficha sociodemográfica	85
Anexo 5.2: Inventario de Depresión de Beck II Adaptado (BDI-IIA).....	86
Anexo 5.3: Environmental Reward Observational Scale Adaptado (EROS).....	89
Anexo 5.4: Behavioral Activation for Depression Scale Adaptado (BADSA).....	90
Anexo 6: Programa de activación conductual.....	91

LISTADO DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Matriz de operacionalización de las variables dependientes	31
Tabla 2. Matriz de operacionalización de las variables independientes	32
Tabla 3. Matriz de operacionalización de las variables sociodemográficas	33
Tabla 4. Perfil sociodemográfico del grupo de control (n=20) y grupo experimental (n=19)	35
Tabla 5. Coeficiente V de Aiken para los ítems del BADS	40
Tabla 6. Correlaciones entre el EROS y otros instrumentos utilizados en la adaptación española (n=263)	43
Tabla 7. Coeficiente V de Aiken para los ítems del EROS	44
Tabla 8. Estadísticos de normalidad con prueba de Shapiro-Wilk de las diferencias obtenidas entre puntajes pre y post-tratamiento del grupo experimental y control	49
Tabla 9. Diferencias entre variables en la fase pre y post tratamiento del grupo experimental	50
Tabla 10. Diferencias entre variables en la fase pre y post tratamiento del grupo control	52
Tabla 11. Estadísticos de normalidad con prueba de Shapiro-Wilk y prueba de homogeneidad de varianzas de Levene en el grupo experimental y control en la fase pre-tratamiento.	54
Tabla 12. Diferencias entre el grupo de control y experimental en la fase pre-tratamiento	55

LISTADO DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Comparación de medias entre las variables dependientes en la fase pre y post tratamiento del grupo experimental	51
Figura 2. Comparación de medias entre las variables dependientes en la fase pre y post tratamiento del grupo control	53

RESUMEN

Uno de los tratamientos más utilizados para la depresión son las terapias conductuales y entre ellas la terapia de activación conductual (TAC). Este tratamiento muestra ser una adecuada alternativa frente a la tradicional terapia cognitiva, aunque poco se sabe sobre su eficacia en población universitaria. El objetivo de este trabajo es analizar los efectos de la TAC en una muestra de universitarios iqueños. Se formaron dos grupos con estudiantes que cumplían con los criterios diagnósticos de la depresión: el experimental (GE) que recibió 12 sesiones de TAC ($n= 19$) y el de control (GC) que era una lista de espera ($n= 20$). Se evaluó la sintomatología depresiva, el grado de activación, el nivel de afectación en el trabajo/estudio y vida social, así como el grado de recompensa que aporta el entorno de ambos grupos al inicio y al final de la intervención utilizando el Inventario de depresión de Beck-II Adaptado (BDI-IIA), la Escala de observación de recompensa desde el entorno (EROS) y la Escala de activación conductual para la depresión (BADS). Los resultados muestran una disminución significativa de los síntomas de depresión en el GE comparado con el GC. El tamaño del efecto fue alto tomando en cuenta los resultados del BDI-II y el EROS ($d > 0,80$) y entre moderado y alto considerando los factores evaluados por el BADS ($d > 0,50$). Estos resultados ofrecen apoyo empírico a la eficacia de la TAC para la disminución de la sintomatología depresiva en población universitaria.

Palabras clave: Activación conductual, conductismo, psicoterapia, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Behavioral therapies are the most used treatments for depression. Behavioral Activation (TAC) is one of these kinds of therapies and it demonstrates to be a good alternative to cognitive therapy. However, little is known about its efficiency in college students.

This study aims to analyze the effects of TAC in a college student's sample from Ica city. Two groups were formed with college students who meet the diagnosis criteria for depression: An experimental group (GE) received 12 sessions of TAC ($n= 19$) and the control group (GC) integrated by a waiting list ($n= 20$). Depressive symptomatology, the level of activation, the degree of affectation in study/job and in the social life, and the level of environmental reward was evaluated at the beginning and in the end of intervention using Beck Depression Inventory-II Adapted (BDI-IIA), Environmental Reward Observational Scale (EROS) and Behavioral Activation for Depression Scale (BADS). The results show a significant decrease in GE compared with GC. The effect size was high considering the scores of BDI-II and EROS ($d > 0,80$) and between moderate to high considering the factors evaluated by BADS ($d > 0,50$). These results offer empirical support to the efficacy of TAC for the decrease of depressive symptomatology in college students.

Keywords: Behavioral activation, behaviorism, psychoterapy, college students.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Introducción

La depresión es uno de los trastornos que con mayor frecuencia afecta a la población y, según la Organización Mundial de la Salud (2018), es la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo además a la carga mundial general de morbilidad. Es también considerada el trastorno clínico que con mayor frecuencia afecta a la población joven en nuestro medio, siendo su prevalencia del 10,3% (Saavedra, 2012) y llegando a afectar el bienestar psicológico y el rendimiento académico de los estudiantes universitarios. Es por estas razones que se ha tenido en cuenta abordar este tema.

Como señala Manelic y Ortega-Soto (1995), la depresión en universitarios puede constituir un serio problema, debido a que además de los síntomas depresivos podría agregarse la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio, puesto que las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente.

Considerando que el estrés es un factor de riesgo para la depresión (Trucco, 2002), esta población sería particularmente vulnerable, debido a la exigencia de los estudios y el costo que éstos representan (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Cabe resaltar que uno de los tratamientos más utilizados para la depresión son las terapias cognitivas conductuales, las cuales han demostrado evidencia de su eficacia frente a este

trastorno en población adulta, sin embargo, la evidencia de que estas intervenciones sean efectivas específicamente en población universitaria es aún escasa y poco concluyente (Lee, 2005), lo que es también otra motivación para abordar el tema.

Dentro de las terapias conductuales se encuentran las terapias de tercera generación, las cuales resaltan el contexto del individuo y engloba a diversas intervenciones, dentro de ellas se encuentra la terapia de activación conductual.

La terapia de activación conductual es un tratamiento teóricamente fundamentado el cual busca la disminución de las conductas que mantienen la depresión. Asimismo, se muestra como una adecuada alternativa frente a la terapia cognitiva de Beck (Barraca, 2016). Sin embargo, la escasez de investigaciones con relación a este tratamiento en nuestro contexto hace que sean necesarios estudios sobre su eficacia.

1.2. Formulación del problema

La depresión es un trastorno de afecta a gran parte de la población peruana. Se estima que, en el Perú, 1 700 000 personas presentarían en alguna medida este trastorno (Garay, 2016).

La depresión parece ser particularmente prevalente en universitarios, habiéndose encontrado síntomas en hasta el 55,6% de estudiantes españoles (Cadila et al, 2015) y hasta 47,2% en estudiantes colombianos (Montoya, et al, 2010).

En el Perú, se han encontrado síntomas de depresión en al menos el 13, 5% de estudiantes de medicina (Vargas, Talledo-Ulfe, Heredia, Quispe-Colquepisco y Mejía, 2018).

En Ica, por otro lado, se ha registrado síntomas del trastorno en hasta el 52,6% de los alumnos de enfermería (Quispe, 2015) y 22% en estudiantes de medicina (Legua-Flores y Arroyo-Hernández, 2011).

Cabe resaltar que muchos de los estudiantes de Ica provienen de provincias cercanas, viviendo solos en habitaciones alquiladas, sin sus familias y teniendo que cambiar sus estilos de vida. Para Legua-Flores y Arroyo-Hernández (2011) estos cambios estresantes podrían explicar la alta prevalencia de la depresión en esta población.

Debido a la prevalencia de la depresión y al hecho de que es capaz de afectar el bienestar psicológico (Robles, Sánchez y Galicia, 2011) además de repercutir en el rendimiento académico (Velásquez et al., 2008), como también en el burnout académico (Caballero, Hederich y Palacio, 2010), es necesario tratamientos efectivos para poder lidiar con esta problemática.

La terapia de activación conductual se muestra como un tratamiento prometedor para estos casos al mostrarse tan eficaz como la terapia cognitiva (Dimidjian et al, 2006; Barraca, 2016), aunque son pocos los estudios sobre su eficacia en el Perú (Okumura, 2018).

Siendo actualmente una temática poco estudiada en el contexto peruano, se busca plantear este enfoque terapéutico sobre la depresión, para lo cual se formula las siguientes preguntas de investigación:

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual en los procesos observados en la depresión (síntomas depresivos, niveles de activación, niveles de evitación, afección en el estudio, trabajo y la vida social, grado de recompensa que aporta el entorno) de acuerdo con el enfoque conductual-contextual en estudiantes de una universidad estatal?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable sintomatología de la depresión?
- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable activación?

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable evitación/rumia?

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación en el trabajo/estudio?

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación de la vida social?

- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable grado de recompensa que aporta el entorno?

1.3. Importancia y justificación del estudio

El siguiente estudio va a permitir el desarrollo de un programa que podrá usarse para intervenir los síntomas de depresión en estudiantes de una universidad estatal de la Ciudad de Ica, lo que beneficiaría a sus 15305 alumnos (UNICA, 2015).

Asimismo, la disminución de los síntomas de depresión en los estudiantes podría repercutir beneficiándolos en el rendimiento académico (Velásquez et al., 2008), bienestar psicológico (Robles, Sánchez y Galicia, 2011) como también en el burnout académico (Caballero, Hederich y Palacio, 2010).

De este modo, el estudio podría contribuir en la disminución de la alta prevalencia de depresión en universitarios de ciencias de la salud en la Ciudad de Ica (Legua-Flores, Arroyo-Hernández, 2011; Quispe, 2015).

1.4. Limitación del estudio

Dentro de las limitaciones se encuentran el hecho de que los resultados obtenidos en los estudiantes universitarios de Ica no podrían ser generalizados a otros contextos que sean marcadamente distintos.

Por otro lado, al ser un tratamiento relativamente joven en nuestro medio, son pocos los referentes a su aplicación y/o efectividad.

Asimismo, al tratarse de un estudio cuasi experimental, no existe un control riguroso en la aparición de variables extrañas durante la aplicación del programa.

Por otra parte, cabe resaltar que el tratamiento de activación conductual, como toda terapia psicológica, tiene como principal componente el estilo propio del terapeuta, haciendo difícil

determinar si el efecto en la sintomatología de la depresión será debido al programa terapéutico o a la adherencia al tratamiento generada por el psicólogo.

1.5. Objetivos generales y específicos

1.5.1. Objetivo general

- Determinar los efectos de un programa de Activación Conductual en los procesos observados en la depresión bajo el enfoque conductual-contextual en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal

1.5.2. Objetivos específicos

- Comparar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, en condiciones de pre y post-test, para los grupos experimental y de control.
- Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable sintomatología de la depresión.
- Indicar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable activación.

- Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable evitación/rumia.

- Indicar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación en el trabajo/estudio.

- Identificar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación de la vida social.

- Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable grado de recompensa que aporta el entorno.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

2.1.1. Modelos conductuales de la depresión

Dentro del marco conductual, diversos autores han planteado modelos para explicar la depresión.

Ferster (1973) es uno de los primeros autores en elaborar un modelo proponiendo un análisis funcional para las conductas de la depresión. En su artículo, señala que las personas con depresión presentan una disminución en la frecuencia de reforzamiento positivo y un incremento en conductas de evitación.

Por otra parte, Lewinsohn, Biglan y Zeiss (1976) adaptaron el modelo de Ferster dentro del marco del tratamiento conductual, siendo los primeros en incorporar la programación de actividades dentro del tratamiento conductual para la depresión. La intervención tenía como principal objetivo el restablecimiento de actividades reforzantes a un nivel óptimo y este abordaje estableció los principios de la activación conductual (Martell, Dimidjian, Herman-Dunn, 2010).

Años más tarde, Aaron Beck se convertiría en uno de los pioneros de la terapia cognitiva, publicando en 1979 su libro *Terapia Cognitiva de la Depresión* y

planteando una nueva forma de ver a la depresión. El modelo cognitivo sugería que una de las principales características en la depresión es una forma distorsionada de verse a sí mismo, al mundo y/o al futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Asimismo, Beck señalaba que toda cognición seguía de un cambio en el estado del ánimo, y que por lo tanto, uno de los objetivos dentro de la intervención en depresión no tendría que ser únicamente el trabajo a nivel conductual, sino además la reestructuración de pensamientos automáticos (Dobson y Dozois, 2010).

Bajo el modelo propuesto por Beck, las técnicas conductuales tendrían como última finalidad el cambio en la forma en la que el paciente piensa y percibe el mundo (Martell, Dimidjian, Herman-Dunn, 2010).

Posteriormente, Jacobson et al. (1996) encontraron que las técnicas conductuales por sí solas podían llegar a ser igualmente efectivas que cuando son combinadas con técnicas cognitivas, sugiriendo que éstas últimas podrían no ser necesarias.

Jacobson, Martell y Dimidjian (2001) publican un manual con una nueva propuesta para las intervenciones en depresión denominada Activación Conductual. Según Abreu y Santos (2008), el manual es también una crítica al protocolo de Lewinsonhn, refiriendo que incrementar el número de actividades placenteras no sería suficiente ya que es necesario comprender también el contexto en que las conductas son emitidas.

Surgiría así un nuevo modelo para ver a la depresión. Para la activación conductual, la reducción de conductas depresivas no es meramente el resultado de la reducción del refuerzo positivo, sino que se debe a las tasas de refuerzo de las conductas depresivas con respecto a las conductas no depresivas (Kanter, Busch, Weeks y Landes, 2008).

Otra característica importante es que la activación conductual no ve al cliente como un enfermo, sino como alguien dentro de una situación en la que no hay alicientes o sólo los hay corto plazo. Por esta razón, se considera también que es preciso desbiologizarse y desculpabilizarse a la persona con depresión, ya que sus respuestas son consideradas naturales (Jacobson et al., 2001).

Asimismo, el modelo propone que los pensamientos distorsionados han de verse como síntomas de la depresión, y no necesariamente que como factores causales (Barraca, 2010).

Recientemente, Kanter et al. (2009) elaboraron una nueva versión de la activación conductual, compartiendo los fundamentos básicos, aunque incluyendo sesiones de monitoreo de actividades, evaluación de valores y planeación de actividades encaminadas al valor (Kanter et al., 2009).

2.1.2. Depresión en universitarios iqueños

Desde sus inicios, un gran número de estudiantes iqueños han migrado desde otras provincias cercanas y han vivido solos en habitaciones alquiladas, dejando a sus familias, sus amistades, rutinas y costumbres. Para Legua-Flores y Arroyo-Hernández (2011) estos cambios estresantes en el estilo de vida podrían explicar la alta prevalencia de la depresión en los universitarios de Ica.

Cabe recalcar **que**, según el modelo conductual, esta pérdida de los reforzamientos debido a cambios en el contexto del individuo son los que originan la depresión (Ferster, 1973) y en este caso pueden explicar el origen de la depresión en muchos universitarios iqueños que se encuentran viviendo solos, lejos de sus familias y amistades.

Otros estudiantes optan por vivir en habitaciones alquiladas con compañía de otros universitarios. Tal como reportan Amézquita-Medina, González-Pérez y Zuluaga-Mejí (2003), el hecho de que los estudiantes compartan un espacio físico no significa que haya una buena calidad de la interacción o intimidad.

Además, para Legua-Flores y Arroyo-Hernández (2011), otro factor radica en el hecho que muchos universitarios de Ica trabajan con el objetivo de solventar sus estudios y aportar económicamente en el hogar, lo cual, sumado al estrés académico, pueden explicar la prevalencia de la depresión.

Pese a que la situación económica ha mejorado en la región Ica (Albornoz et al., 2012) haciendo que esto sea menos frecuente, el factor económico y laboral persisten como factores importantes.

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

2.2.1. Depresión en estudiantes de ciencias de la salud

La alta prevalencia de depresión en estudiantes universitarios ha sido fuente de varios estudios a nivel internacional. Diversas investigaciones encuentran tasas altas de depresión universitaria tanto en España (Cadila, et al., 2015), Colombia (Montoya et al., 2010; Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008), Chile (Pérez-Villalobos et al., 2012) y México (Jiménez et al., 2015; Romero, Fernández, Huerta y Barradas, 2015)

Dentro de las varias carreras universitarias que los estudiantes pueden elegir, las relacionadas a las ciencias de la salud suelen ser consideradas como particularmente estresantes (Amanya, Nakitende y Ngabirano, 2016). Esto debido a que los alumnos, además de lidiar con el estrés académico, enfrentan problemas propios del área de la salud como la presión laboral y emocional del trabajo en hospitales o clínicas, así como la confrontación con pacientes, por lo que se encuentran expuestos a factores de riesgos para su salud mental (Anuradha, Dutta, Raja, Sivaprakasam y Patil, 2017)

Diversos estudios en Latinoamérica han buscado determinar la prevalencia de la depresión en estudiantes de ciencias de la salud. Por ejemplo, Tortolero y Calzolaio (2011) analizaron una muestra conformada por 1052 estudiantes de medicina venezolanos mediante el Beck Depression Inventory (BDI) encontrando que un 72% de alumnos presentaba síntomas de depresión, siendo un 18% de ellos síntomas de depresión moderada y un 7.3% sintomatología severa. Los autores concluyeron que existe una alta prevalencia y recalcan la importancia de elaborar programas de prevención e intervención efectivos en esta población.

Arrieta, Díaz y González (2014) analizaron una muestra conformada por 973 estudiantes de odontología en Colombia. Se utilizó un instrumento anónimo de auto-reporte que incluía variables sociodemográficas, cuestionario de cribado de ansiedad y depresión, cuestionario de Goldberg y el APGAR familiar. Se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 74,4% y los factores asociados con dicha prevalencia fueron problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión.

En el contexto peruano también ha habido estudios al respecto. Por ejemplo, Vargas, Talledo-Ulfe, Heredia, Quispe-Colquepisco y Mejía (2018) evaluaron a 1922 estudiantes de medicina de 7 departamentos de Perú (Ica, Lima, Ucayali, Cajamarca, Cusco, Huancayo y Piura) mediante la escala de Zung, encontrando así que 13,5% presentaba algún grado de depresión. Asimismo, se halló que algunos factores estresantes que predisponen a la depresión son el trabajar y estudiar más

horas por día. Además, tener una rutina diaria bien establecida disminuye esta condición.

En Lambayeque, Sánchez-Martín, Chichón-Peralta, Leon-Jimenez y Alipazaga-Pérez (2016) analizaron una muestra de 284 alumnos de medicina empleando el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) hallando que la depresión fue uno de los trastornos más comunes, presentándose en el 17,3% de estudiantes. Asimismo, 4,58% de los participantes presentaron riesgo de suicidio de entre moderado a alto.

En Ica, Quispe (2015) estudió la prevalencia de la depresión en 312 universitarios de una facultad de enfermería. Para ello, empleó la escala de depresión de Zung, encontrando que 52,6% presentaba depresión leve, el 30,4% depresión moderada y 1,6% depresión grave. Además, sugiere que esto se puede deber al cambio en el estilo de vida que implica pasar de la escuela a la universidad y al estrés académico.

Legua-Flores y Arroyo-Hernández (2011), evaluaron también la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios iqueños en una muestra conformada por 227 estudiantes de medicina. Se administró la escala de depresión de Zung, con lo cual se halló que el 22% de estudiantes presentó algún grado de sintomatología depresiva, concluyendo así que existe una alta prevalencia y sugiriendo que este alto porcentaje puede deberse al alto estrés académico de la carrera de medicina y al hecho de inmigrar y estar viviendo solos.

2.2.2. Efectividad de la terapia de activación conductual

La Activación Conductual es un tratamiento cuya efectividad ha sido principalmente estudiada en el marco de la depresión.

En relación con universitarios, Takagaki et al. (2018) realizaron un estudio con estudiantes japoneses a quienes se les administró un programa de activación conductual de 10 semanas, encontrándose una disminución de la sintomatología depresiva, conducta evitativa y rumiación, siendo evaluados con el BDI II y concluyendo que este abordaje puede ser efectivo para la depresión en población universitaria.

Asimismo, Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009) utilizaron la terapia de activación conductual de forma individual en una muestra de estudiantes de Estados Unidos quienes presentaban síntomas de depresión moderada y la compararon con un grupo de control que no recibió tratamiento. Los síntomas de la depresión fueron evaluados con el BDI-II hallándose una disminución significativa de ésta en el grupo que recibió tratamiento, a lo que los investigadores concluyeron que la terapia de Activación Conductual puede ser una opción viable en instituciones académicas.

En Latinoamérica, Reyes, Uribe y Bianchi (2019), evaluaron la eficacia de una intervención de una sola sesión de activación conductual en universitarios colombianos, evaluando los resultados mediante la Escala de Depresión de Zung, en

un grupo de control y experimental. Se encontró una disminución significativa de la sintomatología depresiva, contribuyendo a la evidencia empírica del uso de este tratamiento en población universitaria.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre activación conductual se ha centrado en población no universitaria. Por ejemplo, Dimidjian et al. (2006) realizaron un estudio evaluando la eficacia de la activación conductual comparándola con la terapia cognitiva y la medicación antidepresiva en un diseño aleatorizado controlado con placebo en un total de 241 adultos de Estados Unidos con trastorno depresivo mayor evaluados con el BDI II y con el Hamilton Scale for Depression. Se encontró que entre los pacientes más gravemente deprimidos, la activación conductual era comparable a la medicación antidepresiva, y ambos significativamente mejor que la terapia cognitiva.

Richards et al (2016) tuvieron como objetivo establecer la eficacia clínica y costo-efectividad de la Activación Conductual en comparación con la Terapia Cognitiva Conductual para adultos con depresión. Se reclutaron adultos de 18 años a más que cumplían los criterios de trastorno depresivo mayor de los servicios de atención primaria y terapia psicológica en Devon, Durham y Leeds en Reino Unido. Se encontró que la Activación Conductual, un tratamiento psicológico más simple que la Terapia Cognitiva Conductual, puede ser impartida sin ningún efecto menor.

Bolton et al. (2014) plantearon como objetivo evaluar la efectividad de la terapia de activación conductual en 281 sobrevivientes de violencia sistemática en Irak. Se evaluó la sintomatología utilizando el Hopkins Symptom Checklist y una escala de disfunción medida desarrollada localmente. Veinte trabajadores comunitarios de salud mental, que trabajaban en clínicas rurales de salud fueron asignados al azar para ser capacitados en terapia de activación conductual. Los autores concluyeron que la terapia de activación conductual demuestra efectividad en entornos de bajos recursos incluso por trabajadores de salud mental con limitada experiencia previa.

En España, Fernández et al. (2011) analizaron la eficacia de la terapia de activación conductual con pacientes con cáncer de pulmón y cáncer de mama en un hospital. Los datos se recogieron mediante los siguientes instrumentos: Escala de Karnofsky, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30). Asimismo, se realizó una entrevista clínica en cada sesión de tratamiento y en un seguimiento de tres meses. Se emplearon grupos de control, siendo el total de participantes con cáncer de mama 54 (G.C.: $N = 29$ / G.E.: $N = 25$) y con cáncer de pulmón 84 (G.C.: $N = 37$ / G.E.: $N = 47$). Los autores concluyeron que la activación conductual puede contribuir a mejorar la calidad de vida y prevenir alteraciones emocionales.

Asimismo, Barraca (2010) realizó una investigación de caso único empleando la Activación Conductual en un paciente varón de 44 años en España. Se evaluó la depresión con inventarios tales como el BDI-II, AAQ, ATQ, EROS y BADS. Luego de siete meses de intervención, se mostraron cambios significativos, lo que se

reflejó en los instrumentos antes mencionados como también en el número y tipo de actividades que el paciente realizaba. Esta mejoría se mantuvo durante cinco meses siguientes al tratamiento. El autor concluye que la terapia de Activación Conductual demuestra eficacia en la depresión.

En Perú, Okumura (2018) evaluó la efectividad de un programa de tratamiento de activación conductual en Lima Metropolitana (G.C.: $N = 17$ / G.E.: $N = 19$). Se analizó la sintomatología de la depresión con el BDI-IIA, EROS y BADS, encontrándose cambios significativos y concluyendo que la terapia se muestra eficaz para la depresión.

Cabe resaltar que ya la terapia de Activación Conductual ha sido empleada con éxito para otros trastornos, por ejemplo, los relacionados con la ansiedad.

Gros, Price, Strachan, Yuen, Milanak y Acierno (2012) investigaron un tratamiento diseñado específicamente para los síntomas comórbidos del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la depresión mediante la activación conductual y exposición (BA-TE). Un total de 117 veteranos de combate, que lucharon en la Operación Libertad Iraquí, con TEPT completaron ocho sesiones de BA-TE que incluyeron dos fases de tratamiento: (a) activación conductual en la cual algunas actividades involucraron exposiciones situacionales y (b) activación conductual y exposiciones tanto situacionales como imaginarias. Los hallazgos mostraron

mejoras en los síntomas de trastorno de estrés postraumático y de la depresión. Los autores concluyeron que la terapia de activación conductual demuestra efectividad no solo para los síntomas de depresión, sino para el trastorno de estrés postraumático al agregarse técnicas de exposición.

De igual modo, Turner y Leach (2010) realizaron un estudio aplicando la Activación Conductual en casos 3 casos únicos de pacientes con trastornos de ansiedad en Estados Unidos. El tratamiento fue aplicado a un hombre de 51 años de edad, una mujer de 62 años de edad, y una mujer de 53 años de edad. Por otra parte, todos ellos fueron evaluados empleando el Structured Clinical Interview for the DMS-IV Axis I Disorders (SCID-I). El tratamiento se administró en 12 sesiones individuales semanales de 60 minutos. Se obtuvieron puntuaciones disminuidas en la ansiedad en cada caso y las mejoras se mantuvieron durante una fase de mantenimiento de 3 meses sin tratamiento. En comparación con la línea de base, cada participante también registró aumentos en los niveles de actividad en algunas áreas de vida clave durante la fase de tratamiento. Los autores concluyeron que la activación conductual puede ser un tratamiento eficaz para la ansiedad en adultos.

Esto es importante de resaltar puesto que alrededor del 50% de personas con depresión presentan también problemas con el manejo de la ansiedad (Kessler et al., 1996; Mineka, Watson y Clark, 1998).

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1. Terapias contextuales

Las terapias contextuales, también denominadas terapias de “tercera ola” o de “tercera generación” aparecen alrededor de la década de 1990, e incluye abordajes tales como terapia de aceptación y compromiso, terapia dialéctica conductual, terapia analítica funcional, terapia cognitiva basada en mindfulness y terapia de activación conductual (Pérez, 2014).

Este modelo conceptualiza a las cogniciones como eventos privados (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hofmann y Asmundson, 2008) y se enfoca en la función que tienen estos para el paciente, tales como supresión o evitación experiencial (Hofmann y Asmundson, 2008). De este modo, el interés de este modelo está más centrado en relación que tiene la persona con sus pensamientos y emociones que con el contenido de estos (Hayes y Hofmann, 2017).

Si bien incorpora nuevas estrategias tales como mindfulness, aceptación de los pensamientos, validación de las emociones y defusión cognitiva; también comparte características importantes con las terapias cognitivo-conductuales tales como el planteamiento de metas, entrenamiento en habilidades y técnicas de exposición, las cuales siguen presentando un rol importante en el abordaje (Hayes et al., 2006).

Asimismo, mientras la terapia cognitiva conductual tiende a enfocarse en la problemática del paciente, el abordaje en las terapias de tercera generación suele estar orientadas hacia metas de vida más amplias (Forman y Herbert, 2009).

2.3.2. Terapia de Activación Conductual

La terapia de activación conductual es un tratamiento breve y estructurado para la depresión que tiene por objetivo activar la vida del paciente de modo que haya un incremento en las experiencias gratificantes (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010).

El modelo de la activación conductual propone además que, de la misma manera que las conductas de evitación mantienen muchos trastornos de ansiedad, también se encargan de mantener el ánimo depresivo. Por lo tanto, un objetivo importante del abordaje está en disminuir las conductas de evitación e incrementar conductas saludables (Hopko, 2003).

Dentro de su enfoque estructurado, la activación conductual es una intervención altamente individualizada. Desde el inicio en la terapia, cliente y terapeuta trabajan juntos para identificar patrones de conducta relacionados a la depresión. Estos patrones pueden variar mucho entre clientes.

La terapia de activación conductual incluye además muchas estrategias tales como: programación y monitorización de actividades, entrenamiento en habilidades, relajación, identificación de valores, planteamiento de metas y disminución de conductas de evitación (Kanter et al., 2010).

A nivel teórico, la activación conductual conlleva una recuperación de las raíces contextuales de la terapia de conducta (Jacobson et al., 2001) y propone críticas a la terapia cognitiva (Pérez, 2007), viendo a los pensamientos distorsionados como síntomas más que como factores causales de la depresión (Barraca, 2010).

2.2. Definición de términos básicos

2.2.1. Sintomatología de la depresión

Definición conceptual: Indica el grado de la severidad de la depresión que puede manifestar la persona expresado en la intensidad de los síntomas somáticos-motivacionales y de los síntomas cognitivo-afectivos (Carranza, 2013). Asimismo, Beck et al. (1983) también señalan lo característico que pueden ser síntomas tales como alteraciones de sueño, apetito, energía e interés en la depresión.

Definición operacional: Se refiere a los síntomas característicos de la depresión, tanto a nivel fisiológico como la agitación, pérdida de energía, pérdida de interés, afectación en el apetito; como a nivel cognitivo-afectivo, como los sentimientos de tristeza, fracaso o culpa.

Se medirá a través de la puntuación general obtenida mediante el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA).

2.2.2. Grado de activación

2.2.2.1. Activación

Definición conceptual: Representa el grado en que la persona está enfocada en el completamiento de sus objetivos diarios y sus actividades programadas (Kanter et al. 2008)

Definición operacional: Se refiere al nivel de actividad de la persona, lo que se refleja en el número de actividades que realiza de forma cotidiana cumpliendo así sus compromisos diarios. Se medirá a través de los ítems 3, 4, 5, 7, 11, 12, 23 del Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).

2.2.2.2. Evitación/Rumia

Definición conceptual: Representa el grado de evitación que tiene la persona hacia estados negativos y aversivos. Asimismo, aborda el grado en que la persona opta por la rumia en vez de resolver de forma activa sus problemas (Kanter et al. 2008).

Según Barraca (2009), uno de los objetivos principales de la Activación Conductual es la reducción o evitación de conductas de evitación en la depresión.

Definición operacional: Se refiere a las conductas de evitación conductual o cognitiva que presenta la persona frente a estímulos desagradables relacionados con la depresión. Se medirá a través de los ítems 8, 9, 10, 13, 14, 15, 24, 25 del Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).

2.2.2.3. Afectación del trabajo/estudios

Definición conceptual: Representa la inactividad y la pasividad que tiene el sujeto frente a las responsabilidades laborales o académicas (Kanter et al. 2008).

Es usual encontrar conductas de evitación en la depresión que afecten tanto el trabajo como los estudios, por lo que, según Barraca (2009), es necesario que se elimine cualquier reforzamiento positivo que el paciente obtenga de tales conductas evitativas.

Definición operacional: Se refiere al grado en que las conductas evitativas de la depresión afectan el área laboral y académica. Se medirá a través de los ítems 1, 2, 6, 21, 22 del Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).

2.2.2.4. Afectación de la vida social

Definición conceptual: Representa el grado de aislamiento social que presenta la persona (Kanter et al. 2008).

Lewinsohn y Graf (1973) al igual que Ferster (1973) señalaban que la afectación social es una característica de la depresión y este factor era tomado en cuenta al momento de realizar los planes de abordaje, teniendo como objetivo la recuperación de las interacciones sociales.

Definición operacional: Se refiere al grado en que las conductas de evitación propias de la depresión interfieren en la vida social de la persona. Se medirá a través de los ítems 16, 17, 18, 19, 20 del Behavioral Activation for Depression Scale (BADDS).

2.2.2.5. Grado de recompensa que aporta el entorno

Definición operacional: Grado en que el entorno ofrece experiencias reforzantes en la persona, lo que se puede expresar en su afecto positivo (Barraca, 2010).

Definición conceptual: Se refiere al nivel con que el contexto del individuo le aporta reforzadores. Se medirá a través de la puntuación general obtenido mediante el Environmental Reward Observation Scale (EROS).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

- Si se administra un programa de Activación Conductual para depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirán los síntomas de depresión.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la variable sintomatología de la depresión.
- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces aumentará la variable activación.
- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces disminuirá la variable evitación/rumia.
- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la variable afectación en el trabajo/estudio.
- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la afectación de la vida social.
- Si se aplica el programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces aumentará la variable grado de recompensa que aporta el entorno.

2.4. Variables

Variables de estudio

En la presente investigación se consideran las siguientes variables:

2.4.1. Variables dependientes

Serán evaluadas mediante los instrumentos: BDI-II, EROS Y BADS (Tabla 1)

- Sintomatología de la depresión
- Grado de activación
- Nivel de evitación/rumia
- Grado de afectación del estudio/trabajo
- Nivel de afectación de la vida social
- Grado de recompensa que aporta el entorno

2.4.2. Variable independiente

- Programa de Activación Conductual para el tratamiento de la depresión (Tabla 2).

2.4.3. Variables de control

Serán evaluadas mediante la Ficha Sociodemográfica (Tabla 3):

- Estudiantes universitarios de ciencias de la salud
- Edad
- Sexo
- Lugar de nacimiento

Tabla 1

Matriz de operacionalización de las variables dependientes

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Instrumento de medición
Sintomatología de la depresión	Somático-motivacional	Síntomas somáticos (cambios físicos)	6,7,11,12,13, 14,15,16,17, 18,19,20,21	Ordinal	Inventario de Depresión de Beck II Adaptado (BDI-IIA)
		Síntomas motivacionales (desvalorización, indecisión)			
	Cognitivo-afectivo	Síntomas cognitivos (pesimismo, fracaso)	1,2,3,4,5,8,9, 10	Ordinal	
		Síntomas emocionales (tristeza, pérdida de placer)			
Grado de activación	Activación	Nivel de actividad de la persona, lo que se refleja en el número de actividades que realiza de forma cotidiana cumpliendo así sus compromisos diarios.	3, 4, 5, 7, 11, 12, 23	Ordinal	
	Evitación/rumia	Se refiere a las conductas de evitación conductual o cognitiva que presenta la persona frente a estímulos desagradables relacionados con la depresión.	8, 9, 10, 13, 14, 15, 24, 25	Ordinal	Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).
	Afectación del trabajo/estudios	Inactividad y la pasividad que tiene el sujeto frente a las responsabilidades laborales o académicas	1, 2, 6, 21, 22	Ordinal	
	Afectación de la vida social	Grado en que las conductas de evitación interfieren en la vida social de la persona	16, 17, 18, 19, 20	Ordinal	

Grado de recompensa que aporta el entorno	Grado de recompensa	de	Nivel en que el contexto del individuo le aporta reforzadores	Todos los ítems de la escala	Ordinal	Environmental Reward Observation Scale (EROS).
--	---------------------	----	---	------------------------------	---------	--

Tabla 2

Matriz de operacionalización de las variables independientes

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas	Objetivo	Sesión
Programa de Activación Conductual para la depresión	Psicoeducación	Introducción a los síntomas y causas de la depresión.	Psicoeducación en depresión	Identificar y conocer a los integrantes del grupo, evaluando los síntomas de depresión. Comprender los síntomas y causas de la depresión.	Sesión 1
		Reconocimiento de los componentes del análisis funcional.	Psicoeducación en análisis funcional	Tomar consciencia de las consecuencias de las acciones que realizamos y cómo estas influyen en nosotros a corto y largo plazo.	Sesión 2
		Uso de conductas saludables	Programación de actividades	Reconocer conductas saludables que pueden ayudar a hacer frente a las conductas de evitación.	Sesión 3
	Estrategias básicas	Identificación de áreas valiosas	Programación de actividades	Identificar los valores propios y poder planificar actividades en base a ellos.	Sesión 4
		Establecimiento de metas	Programación de actividades	Identificar metas personales de acuerdo a los valores de cada uno y comprender cómo poder plantearlas de forma efectiva.	Sesión 5
		Identificación de obstáculos para desarrollar áreas valiosas	Técnica de solución de problemas	Reconocer obstáculos que pueden llegar a tener frente a las metas que se han planteado tanto a corto como a mediano y largo plazo. Asimismo, adquirir herramientas para poder lidiar con tales obstáculos mediante técnicas de solución de problemas.	Sesión 6
		Uso de estrategias de atención plena	Entrenamiento de atención y conciencia plena	Aprender a utilizar la técnica de atención plena para hacer frente a la rumiación y para experimentar con mayor agrado las actividades saludables propuestas durante la semana.	Sesión 7
		Identificación de auto reforzadores	Entrenamiento en el uso de auto reforzamientos	Utilizar técnicas de para el adecuado autoreforzamiento de conductas de afrontamiento frente a la depresión.	Sesión 8
		Búsqueda de redes de apoyo	Programación de actividades	Tomar conciencia de cómo la familia y los amigos puede servir de apoyo frente a una depresión o a una recaída. Asimismo, identificar actividades prosociales que se podrían emplear para fortalecer estas redes.	Sesión 9
		Uso adecuado de redes de apoyo	Programación de actividades	Identificar formas en que nuestras redes de apoyo pueden ser de ayuda.	Sesión 10
	Prevención de recaídas	Identificación de estrategias de prevención	Psicoeducación en recaídas	Reconocer lo usual que pueden ser las recaídas durante la depresión y encontrar formas efectivas de lidiar con ellas en cuanto aparezcan.	Sesión 11
		Uso de las estrategias aprendidas a lo largo del programa	Psicoeducación en recaídas	Tomar conciencia de la importancia de la práctica para generalizar las conductas aprendidas.	Sesión 12
Seguimiento	Uso de las estrategias aprendidas a lo largo del programa	Técnica de solución de problemas	Identificar problemas de los participantes ocurridos posterior a la culminación del programa y encontrar soluciones en base a las herramientas ya aprendidas.	Sesión de seguimiento	

Tabla 3

Matriz de operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Criterio de medición	Indicadores	Tipo o naturaleza de la variable	Escala de Medición	Instrumento
Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal	Ficha sociodemográfica
Edad	Número de años cumplidos	Número de años	Cuantitativo	Ordinal	Ficha sociodemográfica
Lugar de nacimiento	Según dato escrito en ficha sociodemográfica	Provincias del país	Cualitativo	Nominal	Ficha sociodemográfica
Carrera universitaria	Según dato escrito en ficha sociodemográfica	Medicina Enfermería Odontología Obstetricia Psicología	Cualitativo	Nominal	Ficha sociodemográfica

2.4.4. Variables extrañas

No disponibilidad del aula en la que se realizará el programa debido a huelgas laborales en la institución.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo cuasi experimental y de método cuantitativo. El enfoque cuantitativo refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problema de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

Por otro lado, los estudios cuasi experimentales son similares a los experimentos, excepto en que los sujetos no se asignan aleatoriamente a la variable independiente (Kirk, 1995).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Para la población de esta investigación se consideraron los estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal de la ciudad de Ica, la cual cuenta con 5 facultades del área (enfermería, psicología, medicina humana, obstetricia y odontología) y 1903 alumnos en total (UNICA, 2015)

3.2.2. Muestra

La muestra estuvo integrada por 39 participantes en total, conformando 19 el grupo experimental (*G.E.*) y 20 el grupo de control (*G.C.*), todos ellos estudiantes del área de la salud.

Como se observa en la Tabla 4, la muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios de entre 16 y 24 años, siendo la mayoría de sexo femenino (*G.C.* = 70%, *G.E.* = 68,42%) y de la carrera de psicología (*G.C.* = 50%, *G.E.* = 36,84%).

Cabe resaltar que la muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilista por conveniencia, ya que está conformada por los sujetos disponibles al que se tuvo acceso (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Tabla 4

Perfil sociodemográfico del grupo de control (n=20) y grupo experimental (n=19)

Variables	Grupo de control		Grupo experimental	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	6	30	6	31,58
Femenino	14	70	13	68,42
Nivel de edad (años)				
16-18 años	2	10	2	10,53
18-20 años	11	55	5	26,32
20-24 años	7	35	12	63,16
Facultad				
Psicología	10	50	7	36,84
Enfermería	4	20	3	15,79
Medicina	2	10	3	15,79
Obstetricia	2	10	3	15,79
Odontología	2	10	3	15,79
Trabaja actualmente				
Sí	4	20	2	10,53
No	16	80	17	89,47
Vive actualmente con				
Padres	16	80	13	68,42
Solo	1	5	3	15,79
Otros	3	15	3	15,79

3.3. Técnicas e instrumentos

3.3.1. Ficha sociodemográfica

Se diseñó una ficha sociodemográfica con el objetivo de identificar datos de los participantes tales como edad, sexo, grado de instrucción, situación laboral, carrera que estudia y con quién convive (Ver Anexo 5.1).

3.3.2. Inventario de Depresión de Beck-II Adaptado

El Inventario de Depresión de Beck-II Adaptado (BDI-IIA) es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que evalúa la severidad de la depresión tanto en adultos como en adolescentes mayores de 13 años.

Cada uno de los ítems se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3.

Al finalizar, se suman los puntos dando un total que puede estar entre 0 y 63.

Por otro lado, la duración aproximada de la administración suele ser de 10 minutos.

3.3.2.1. Ficha técnica

Nombre Original: Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Nombre de la adaptación en español: Inventario de Depresión de Beck-II Adaptado (BDI-IIA)

Autor: Aaron Beck, A. Steer y G. Brown

Año de publicación: 1996

Año de la adaptación peruana: 2009 por R. Carranza

Edades de aplicación: A partir de los 13 años de edad

Forma de aplicación: Individual, auto-aplicado y colectiva

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximadamente

Aspectos que evalúa: Síntomas somáticos, cognitivos y afectivos de la depresión

3.3.2.2. Confiabilidad y Validez

Carranza (2013) identificó las propiedades psicométricas del instrumento en una muestra de 2005 estudiantes universitarios.

Se analizó la validez de contenido a través del criterio de jueces, para lo cual se otorgó el instrumento con las correspondientes definiciones operacionales a un grupo de 10 jueces, los cuales coincidieron todos de forma significativa en sus apreciaciones respecto a la valoración del cuestionario en su forma global. Por ende, se concluye que el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) presenta validez de contenido.

En relación a la fiabilidad, el BDI-IIA presenta un índice alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

Asimismo, el coeficiente de correlación producto momento de Pearson indica que existe una relación positiva fuerte y altamente significativa entre el total de los

puntajes Test-Retest ($r = 0.996$, $p < 0.01$). Esto quiere decir que los ítems que conforman el BDI- IIA presentan estabilidad.

3.3.3. Behavioral Activation for Depression Scale: BADS

El Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) es un instrumento autoadministrado que cuenta con 25 ítems, los que se dividen en las subescalas de activación, rumiación, afectación en el trabajo/educación y afectación de la vida social. Cada uno de los ítems se califica en una escala de 7 puntos que va desde el 0 hasta el 6 y la duración aproximada de la administración suele ser de 10 minutos.

3.3.3.1. Ficha técnica

Nombre Original: Behavioral Activation for Depression Scale (BADS)

Autor: Kanter, J., Mulik, P., Bush, A., Berlin, K., y Martell, C.

Año de publicación: 2007

Año de la adaptación peruana: 2018 por A. Okumura

Edades de aplicación: A partir de los 15 años de edad

Forma de aplicación: Individual, auto-aplicado y colectiva

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximadamente

Aspectos que evalúa: Activación, evitación/rumiación, deterioro en el trabajo/escuela y deterioro social.

3.3.3.2. Confiabilidad y validez

El BADS fue desarrollado por Kanter, Rush, Bush y Sedivy (2009) y traducido y adaptado al contexto español por Barraca, Pérez y Lozano (2011) quienes evaluaron

sus propiedades psicométricas en una muestra de 263 participantes (124 clínicos y 139 no clínicos) encontrando coeficientes de correlación entre .76 y .90. Por otro lado, se corroboró los factores propuestos mediante análisis factorial confirmatorio.

Además, Sánchez-Angulo, Barraca, Mora y Reyes-Ortega (2018) evaluaron sus propiedades psicométricas en Latinoamérica, concretamente, en una muestra de 381 estudiantes mexicanos, encontrando un coeficiente alfa total de .89 y un alfa de cada una de sus escalas variando de entre .77 a .85.

Asimismo, se evaluó la validez de criterio realizando una correlación con el BDI II encontrando un valor de -.68.

En el presente estudio se emplea la adaptación lingüística realizada por Okumura (2018) basándose en el criterio de cinco jueces expertos conformado tanto por psicólogos clínicos como por investigadores. En base a ello, obtuvo los coeficientes mostrados en la Tabla 5.

Tabla 5

Coficiente V de Aiken para los ítems del BADS

Ítem	V	Ítem	V
Ítem 1	1.00*	Ítem 14	1.00*
Ítem 2	1.00*	Ítem 15	1.00*
Ítem 3	1.00*	Ítem 16	1.00*
Ítem 4	1.00*	Ítem 17	1.00*
Ítem 5	1.00*	Ítem 18	1.00*
Ítem 6	1.00*	Ítem 19	1.00*
Ítem 7	1.00*	Ítem 20	1.00*
Ítem 8	1.00*	Ítem 21	1.00*
Ítem 9	1.00*	Ítem 22	1.00*
Ítem 10	1.00*	Ítem 23	1.00*
Ítem 11	1.00*	Ítem 24	1.00*
Ítem 12	1.00*	Ítem 25	1.00*
Ítem 13	1.00*		

$p < .05^*$

En base a los resultados, todos los ítems constituyen de manera representativa cada una de las escalas correspondientes puesto que todos presentan niveles significativos del coeficiente V de Aiken a un nivel $p < .05$.

3.3.4. Environmental Reward Observation Scale: EROS

El Environmental Reward Observation Scale (EROS) es un instrumento autoadministrado que cuenta con 10 ítems los que evalúan el grado de recompensa que aporta el entorno.

Además, los ítems se califican en una escala de 4 puntos que va desde el 1 hasta el 4, y la duración aproximada de la administración suele ser de 05 minutos.

3.3.4.1. Ficha técnica

Nombre Original: Environmental Reward Observation Scale (EROS)

Autor: Armento y Hopko, 2007

Año de publicación: 2007

Año de la adaptación peruana: 2018 por A. Okumura

Edades de aplicación: A partir de los 15 años de edad

Forma de aplicación: Individual, auto-aplicado y colectiva

Tiempo de aplicación: 05 minutos aproximadamente

Aspectos que evalúa: Grado de recompensa que aporta el entorno

3.3.4.2. Confiabilidad y validez

Según la validación realizada por Barraca y Pérez-Álvarez (2010) en una muestra conformada por 263 participantes de diversos puntos de España, se encontró que la consistencia interna para el total de la versión adaptada al español del EROS tiene un resultado muy satisfactorio ($\alpha = ,86$) y que coincide con el encontrado por

Armento y Hopko (2007) en la versión original del instrumento en inglés en su primer experimento ($\alpha = ,85$).

Asimismo, el EROS en su versión española confirmó su estructura unifactorial original.

Previo al análisis factorial, se realizó un cálculo de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett. El índice KMO arrojó un valor de ,89, el cual puede considerarse aceptable y el test de Bartlett fue estadísticamente significativo, $\chi^2 (45) = 640,18$, $p < ,001$. Por tanto, la matriz de correlaciones era adecuada para su factorización.

El análisis factorial (método de componentes principales) reveló datos muy similares a los que encontraron Armento y Hopko (2007), por lo que la versión adaptada al español podría considerarse equivalente estructuralmente a la original. Con el criterio de Kaiser para la retención de factores ($\lambda \geq 1$) se obtuvieron dos factores.

En relación con la validez de criterio, se encontraron correlaciones altas y significativas en la dirección esperada en relación con la depresión (BDI-II), evitación experiencial (AAQ), pensamientos automáticos (ATQ), ansiedad (STAI) y activación conductual (BADS).

La Tabla 6 recoge estas correlaciones.

Tabla 6

Correlaciones entre el EROS y otros instrumentos utilizados en la adaptación española (N=263)

	EROS
BDI II	-,73
AAQ	-,58
ATQ	
<i>Autoconocimiento negativo</i>	-,69
<i>Indefensión</i>	-,73
<i>Ajuste pobre</i>	-,68
<i>Autoreproches</i>	-,60
<i>Total</i>	-,73
BADS	
<i>Activación</i>	,48
<i>Evitación/Rumia</i>	-,43
<i>Afectación del trabajo/educación</i>	-,54
<i>Afectación de la vida social</i>	-,60
<i>Total</i>	-,69
STAI	
<i>Rasgo</i>	-,70
<i>Estado</i>	-,80

BDI II: Beck Depression Inventory-II, AAQ: Acceptance and Action Questionnaire, ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire, BADS: Behavioral Activation for Depression Scale, STAI: State-Trait Anxiety Inventory

En el presente estudio se emplea la adaptación lingüística realizada por Okumura (2018) basándose en el criterio de cinco jueces expertos conformado tanto por psicólogos clínicos como por investigadores. En base a ello, obtuvo los coeficientes mostrados en la Tabla 7.

Tabla 7

Coefficiente V de Aiken para los ítems del EROS

Ítem	V	Ítem	V
Ítem 1	1.00*	Ítem 6	1.00*
Ítem 2	1.00*	Ítem 7	1.00*
Ítem 3	1.00*	Ítem 8	1.00*
Ítem 4	1.00*	Ítem 9	1.00*
Ítem 5	1.00*	Ítem 10	1.00*

$p < .05^*$

En base a los resultados, todos los ítems constituyen de manera representativa cada una de las escalas correspondientes puesto que todos presentan niveles significativos del coeficiente V de Aiken a un nivel $p < .05$.

3.3.5. Programa de Activación Conductual para la depresión

El programa de intervención del presente estudio se basa en los aportes del libro *Behavioral Activation with Adolescents* de McCauley et al. (2016) el cual, desde el modelo de la Activación Conductual, incluye áreas tales como la solución de problemas, clarificación de metas, identificación de las barreras de tales metas y prevención de recaídas. Asimismo, es una intervención que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión en adolescentes (McCauley, et al, 2016).

Cabe mencionar que diversos estudios han tenido como objetivo la evaluación de la eficacia de la terapia de activación conductual, encontrándola efectiva en depresión (Dimidjian et al., 2006), depresión con estrés post traumático (Gros et al., 2012),

depresión en pacientes oncológicos (Fernandez et al., 2011) y depresión en víctimas de guerra (Bolton et al., 2014)

Además, el programa fue complementado con los aportes de Barraca y Pérez-Alvárez (2015) quien en su libro *Activación Conductual para el tratamiento de la Depresión* abarca aspectos tales como la clarificación de valores. El abordaje de los valores del paciente ha demostrado ser un complemento eficaz para los tratamientos conductuales (Hayes, 2004)

Asimismo, se agregaron las contribuciones realizadas por Kabat-Zinn (1990) en lo respectivo al mindfulness como técnica dentro de las terapias de tercera generación para la intervención de la rumia. El mindfulness ha demostrado efectividad tanto en ansiedad como en depresión (Kaviani, Javaheri y Hatami, 2011; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Sharplin, Jones, Hancock, Knott, Bowden y Whitford, 2010) y es común su uso en la terapia de activación conductual.

Finalmente, se incluyó aportes del libro *Positively Happy: Routes to Sustainable Happiness A Six Week Course* de Lyubormirsky y Kurtz (2008) abarcando el área de realización de actividades pro sociales.

3.4. Recolección de datos

En primer lugar, se procedió a coordinar con el personal de la universidad en la que se realizó el programa de intervención, de modo que se contó con los permisos necesarios para administrar el programa en sus instalaciones.

Seguidamente, se procedió a reclutar alumnos de las distintas facultades de ciencias de la salud invitándolos directamente a participar, especificando además la duración y la temática del programa, así como su naturaleza voluntaria y anónima, la cual también se recalca en el consentimiento informado que se les brindó.

Una vez reclutado el número suficiente de participantes, fueron evaluados mediante el instrumento BDI IIA, de modo que no fueron considerados aquellos que no contaban con un puntaje mínimo de sintomatología depresiva.

Seguidamente, se procedió a asignar la mitad de la muestra resultante para el grupo de control, quienes no recibieron tratamiento en ese momento y entraron en una lista de espera. La otra mitad de la muestra conformó el grupo experimental, quienes participaron en el programa durante 12 sesiones.

Se buscó que, en la asignación de los participantes, el grupo de control y el grupo experimental cuenten con integrantes con niveles de depresión similares.

Las sesiones de aplicación del programa de activación conductual se realizaron semanalmente, una hora y media aproximadamente por sesión, en un total de 12 semanas. El abordaje fue realizado por el psicólogo-terapeuta que dirige el estudio, en colaboración de estudiantes de psicología voluntarios.

Tanto al inicio como al final del programa se pidió a los participantes del grupo de control y experimental que desarrollen los cuestionarios BDI-IIA, EROS y BADS, para así poder medir los resultados.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos recogidos a través de los cuestionarios en la presente investigación fueron procesados mediante la aplicación del software SPSS versión 23 y el programa estadístico Jamovi.

Se realizó un análisis de la distribución de las variables mediante la prueba estadística de Shapiro Wilk con el objetivo de determinar el uso de una prueba paramétrica o una no paramétrica. Asimismo, se empleó la prueba de Levene con la finalidad de evaluar la homogeneidad de varianzas del grupo de control y el grupo experimental.

En base a las pruebas estadísticas mencionadas, se procedió a comparar la fase pre y post tratamiento tanto del grupo control como del grupo experimental. Para esto, se utilizó la prueba paramétrica t de student cuando se cumplía el supuesto de normalidad de las diferencias y la prueba no paramétrica W de Wilcoxon cuando no se cumplía.

Asimismo, se compararon las variables del grupo de control y del grupo experimental en sus fases pre tratamiento, con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Para esto se empleó la prueba paramétrica t de student cuando se cumplían los supuestos de normalidad y el de homogeneidad de varianzas. En caso contrario, era la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

Finalmente, mediante el software estadístico Jamovi, se estableció el tamaño del efecto empleando como medida la d de Cohen.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Comparación intragrupos

4.1.1.1. Prueba de normalidad del grupo experimental y control

Se realizó un análisis de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk para la determinación del uso de pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas.

Como se observa en la Tabla 8, no se encontraron evidencias suficientes que sugieran que la variable Recompensa que aporta el entorno se distribuya normalmente en el grupo experimental. De igual modo, no se encontraron evidencias de que las variables Afectación en el trabajo/estudio y Afectación de la vida social se distribuyan normalmente en el grupo control.

Frente a esto, se procedió al uso de pruebas estadísticas no paramétricas para tales casos.

Tabla 8

Estadísticos de normalidad con prueba de Shapiro-Wilk de las diferencias obtenidas entre puntajes pre y post-tratamiento del grupo experimental y control

Variable	Grupo experimental		Grupo control	
	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Sintomatología de la depresión	.94	.23	.96	.49
Activación	.94	.22	.94	.24
Evitación/rumia	.95	.38	.91	.06
Afectación en el trabajo/estudio	.97	.73	.87	.01
Afectación de la vida social	.93	.21	.90	.04

Recompensa que aporta el entorno	.77	< .01	.91	.06
----------------------------------	-----	-------	-----	-----

4.1.1.2. Comparación de variables dependientes en el grupo experimental

En la Tabla 9 se observan los estadísticos descriptivos de las distintas variables del grupo experimental en la fase pre y post tratamiento, hallándose una disminución en la media de las variables sintomatología de la depresión, evitación/rumia, afectación en el trabajo/estudio y afectación en la vida social. Asimismo, se encuentra un aumento en la media de las variables activación y recompensa que aporta el entorno. El tamaño del efecto es evaluado mediante la *d* de Cohen, encontrándose efectos de entre moderados a altos (Ferguson, 2012).

Tabla 9

Diferencias entre variables en la fase pre y post tratamiento del grupo experimental

Variable	Grupo Experimental				<i>t/W</i>	gl	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	Pre tratamiento		Post tratamiento					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Sintomatología de la depresión	22.16	6.26	12.11	7.35	7.86*	18	<.01	1.80
Activación	21.26	4.85	25.37	7.78	-2.26*	18	.04	-0.52
Evitación/rumia	32.63	8,98	26.32	9.03	3.93*	18	<.01	0.90
Afectación en el trabajo/estudio	17.63	5.54	12.89	5.74	2.74*	18	.01	0.63
Afectación de la vida social	13.74	6.45	8.62	5.85	3.59*	18	<.01	0.82
Recompensa que aporta el entorno	23.05	5.06	28.05	6.17	0.00**	18	<.01	-1.12

* Se utilizó la *t* de student

** Se utilizó la *W* de wilcoxon

De igual modo, la Figura 1 evidencia también los cambios observados entre las variables del grupo experimental después del tratamiento.

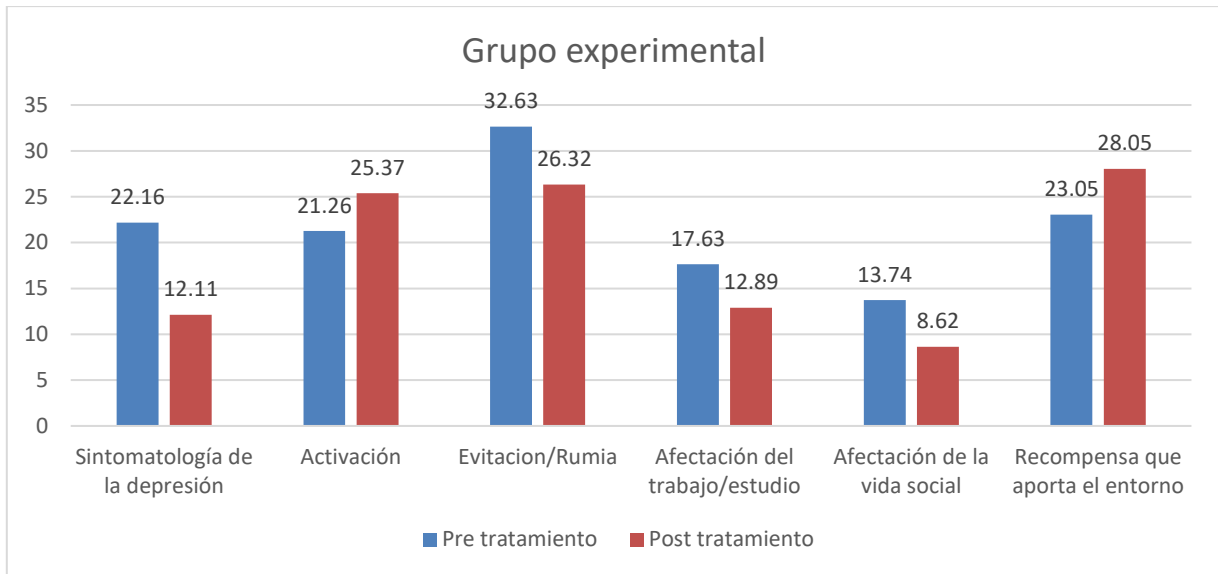


Figura 1. Comparación de medias entre las variables dependientes en la fase pre y post tratamiento del grupo experimental

4.1.1.3. Comparación de variables dependientes en el grupo control

En la Tabla 10 se muestran los estadísticos descriptivos de las distintas variables del grupo control en la fase pre y post tratamiento, no encontrando evidencia de que existan diferencias significativas en ambas fases en ninguna de las variables.

Asimismo, el tamaño del efecto, evaluado mediante la *d* de Cohen, resulta ser bajo (Ferguson, 2012).

Tabla 10

Diferencias entre variables en la fase pre y post tratamiento del grupo control

Variable	Grupo control				<i>t/W</i>	gl	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	Pre tratamiento		Post tratamiento					
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Sintomatología de la depresión	23.25	8.57	22.15	9.44	0.987*	19	.34	0.22
Activación	20.45	5.13	20.50	6.07	-0.053*	19	.96	-0.01
Evitación/rumia	33.05	10.08	32.60	9.97	0.487*	19	.63	0.11
Afectación en el trabajo/estudio	17.75	6.53	17.05	6.15	91.50**	19	.48	0.28
Afectación de la vida social	14.10	6.58	13.80	7.35	116.00**	19	.40	0.11
Recompensa que aporta el entorno	23.10	7.58	23.05	8.47	0.057*	19	.96	0.01

* Se utilizó la *t* de student

** Se utilizó la *W* de wilcoxon

De igual manera, la Figura 2 grafica los cambios ocurridos entre las medias de los puntajes de las variables dependientes después de las 12 semanas en que los participantes conformaron la lista de espera, no evidenciándose cambios importantes.

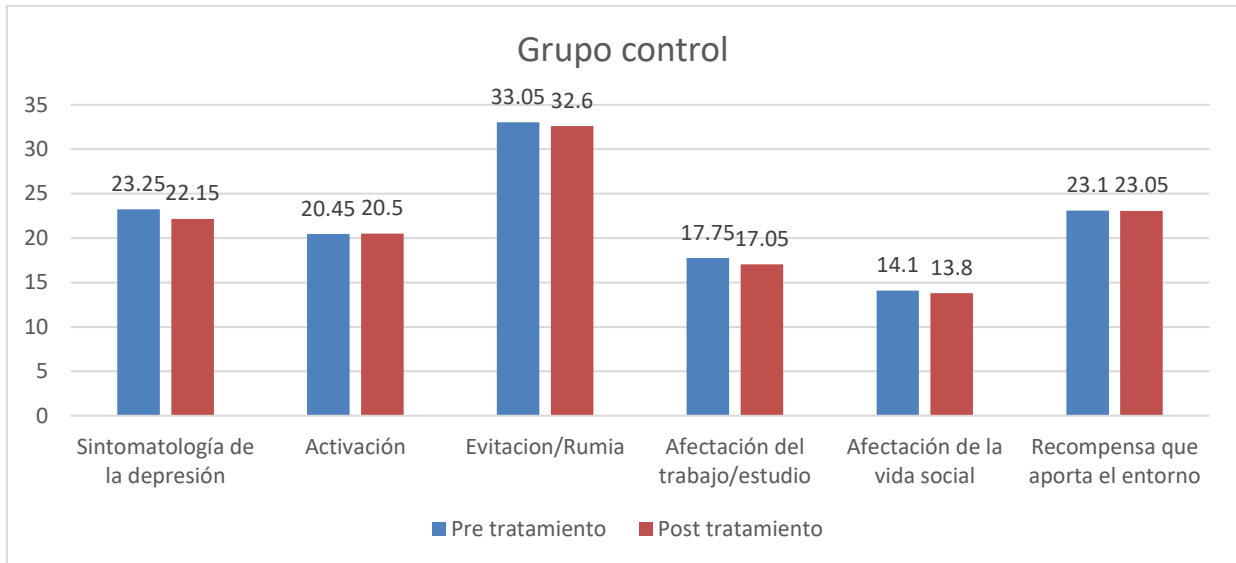


Figura 2. Comparación de medias entre las variables dependientes en la fase pre y post tratamiento del grupo control

4.1.2. Comparación intergrupos

4.1.2.1. Prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas en el grupo experimental y control

Fueron utilizadas la prueba de Shapiro Wilk y la prueba de Levene con la finalidad de contrastar la normalidad de las muestras y la homogeneidad de las varianzas respectivamente, al ser estos requisitos para el uso de pruebas paramétricas en muestras independientes (Kim, 2015).

Tabla 11

Estadísticos de normalidad con prueba de Shapiro-Wilk y prueba de homogeneidad de varianzas de Levene en el grupo experimental y control en la fase pre tratamiento.

Variables	Pre tratamiento		F
	Grupo experimental	Grupo control	
	W	W	
Sintomatología de la depresión	.91	.95	5.24*
Activación	.87*	.88*	9.59*
Evitación/rumia	.83*	.79**	0.06
Afectación en el trabajo/estudio	.94	.94	0.36
Afectación de la vida social	.97	.93	1.75
Recompensa que aporta el entorno	.90	.88*	0.02

Nota: *p< .05, **p< .001

4.1.2.2. Comparación de variables dependientes entre el grupo experimental y control en la fase pre tratamiento

Se comparó los resultados en la fase pre tratamiento del grupo control y experimental, no encontrándose evidencia de diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de ambos grupos.

Tabla 12

Diferencias entre el grupo de control y experimental en la fase pre tratamiento

Variable	Pre tratamiento				t/U	gl	p	d de Cohen
	Grupo control		Grupo experimental					
	M	DE	M	DE				
Sintomatología de la depresión	23.25	8.57	22.16	6.26	179.00**	37	.77	-0.15
Activación	20.45	5.13	21.26	4.85	205.00**	37	.68	-0.01
Evitación/rumia	33.05	10.08	32.63	8,98	167.50**	37	.54	0.16
Afectación en el trabajo/estudio	17.75	6.53	17.63	5.54	-0.06*	37	.95	-0.04
Afectación de la vida social	14.10	6.58	13.74	6.45	-0.17*	37	.86	-0.02
Recompensa que aporta el entorno	23.10	7.58	23.05	5.06	205.50**	37	.67	-0.06

* Se utilizó la t de student

** Se utilizó la U de Mann Whitney

4.2. Análisis de resultados

El objetivo del presente estudio fue identificar la eficacia de un programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud.

Para esto, se formó un grupo experimental y un grupo control, con el objetivo de estudiar las diferencias luego de la administración del tratamiento.

No se encontraron evidencias de diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental y en el grupo control al inicio del tratamiento, aunque sí se muestran diferencias al finalizar la intervención. Se encontró una mayor disminución de los síntomas

de la depresión en el grupo experimental, así como también menores niveles de afectación y un mayor grado de recompensa recibida del entorno.

El análisis de la sintomatología depresiva fue realizado mediante la administración del BDI-IIA, encontrándose una alta disminución en el grupo de experimental ($d = 1.80$). Asimismo, no se hallaron evidencia de diferencias significativas en la fase pre y post tratamiento del grupo de control.

Esta disminución en la sintomatología depresiva se encuentra en concordancia con los resultados de otros autores (Barraca, 2010; Gawrysiak, Nicholas y Hopko, 2009; Takagaki et al., 2018), quienes usando también el BDI-II luego de una intervención de activación conductual, hallaron una disminución importante en los síntomas de la depresión.

De igual modo, otros autores han encontrado disminución en la sintomatología depresiva luego de la aplicación de una intervención de este tipo, aunque utilizando otros instrumentos (Fernández et al., 2011; Reyes, Uribe y Bianchi, 2013).

Por otra parte, se realizó un análisis del nivel de activación en el grupo control y experimental, encontrándose un aumento importante ($d = .52$) en este último, y no hallándose evidencia de diferencias significativas en el grupo control.

Estos resultados son similares a los encontrados por otros investigadores que también han empleado el BADS como instrumento de evaluación (Barraca, 2010; Collado, Long, MacPherson y Lejuez, 2014; Martínez-Vispo, Martínez, López-Durán, Fernández del Río y

Becoña, 2018; Okumura, 2018).

Asimismo, este aumento del nivel de actividad acompañado de la disminución de la sintomatología depresiva observado en el grupo experimental del presente estudio está en concordancia con los planteamientos de Lewinsohn (1974), quien propone incrementar el grado de actividad de los pacientes con depresión con el fin de disminuir el nivel de depresión. De igual modo, Beck (1983) ve a la técnica de programación de actividades como efectivas en el abordaje de la depresión.

Por otro lado, al observar el nivel de evitación/rumia en el grupo experimental, se evidencia una disminución significativa ($d = .90$). En contraste, en el grupo de control, no se encuentra evidencia de cambios significativos.

Esta disminución en la evitación/rumia ofrece evidencia empírica en favor del modelo de la activación conductual, en donde se propone que cambios conductuales generan de forma indirecta cambios cognitivos (Barraca, 2015; Jacobson et al., 1996; Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003).

En lo referente al nivel de afectación en el trabajo/estudio, se encuentra una disminución en el grupo experimental ($d = .63$).

Cabe mencionar que distintos autores han recalado la relación entre la depresión y el bajo rendimiento académico (Abu Ruz, Al-Akash y Jarrah, 2018; Khesht-Masjedi et al., 2019; Manelic y Ortega-Soto, 1995; Riveros, Hernández y Rivera, 2007), por lo que es natural

que un tratamiento para la depresión tenga consecuencias en este ámbito.

Además, con relación al nivel de afectación de la vida social, se halla una disminución importante en el grupo experimental ($d = .82$). Sin embargo, no se encuentra evidencia de diferencias significativas en el grupo control.

El aislamiento social es una característica usual en la depresión (Ferster 1973; Beck et al., 1983), que además mantiene al trastorno, privando a la persona de la fuente de reforzamientos positivos que representa sus amistades (Lewinsohn, 1974). Incluso Skinner (1953) propuso que la depresión estaba asociada con la interrupción de conductas que eran reforzadas positivamente por el ambiente social.

Por esta razón, las intervenciones en activación conductual abordan también el ámbito social, programando actividades junto con el paciente para que éste no se aisle, disfrute del tiempo con sus amistades o familia y active sus redes de apoyo (Barraca, 2015).

Finalmente, se analizó el grado de recompensa que aporta el entorno en ambos grupos utilizando como instrumento el EROS. El grupo control no evidenció diferencias significativas mientras que el grupo experimental mostró cambios relevantes ($d = 1.12$).

Según el modelo de la activación conductual, el grado de recompensa que aporta el entorno está fuertemente relacionado con la depresión. La depresión, en este modelo, es entendido como producto de las contingencias ambientales (Hopko et al., 2003).

En ese sentido, los resultados del presente estudio mantienen concordancia con los encontrados por otras investigaciones, en las que luego de administrar un tratamiento de activación conductual, también se evidencian aumentos en los puntajes del EROS y disminución en el BDI-II (Barraca, 2010; Gawrysiak et al., 2009; Martínez-Vispo et al., 2018).

En conclusión, pese a que la presente investigación contó con una muestra pequeña, los resultados del tratamiento se muestran prometedores encontrándose una disminución significativa de la sintomatología depresiva, lo que contribuye a la evidencia empírica de la eficacia de la terapia de activación conductual en población universitaria.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se encuentra una alta disminución en la sintomatología depresiva, así como en el nivel de evitación/rumia y afectación en la vida social a través de la aplicación del programa de activación conductual.
- Asimismo, se observa una disminución moderada del nivel de afectación en el trabajo/estudio en el grupo experimental.
- Además, se encuentra un aumento moderado en el nivel de activación y un aumento alto en el grado de recompensa que aporta el entorno mediante la aplicación del programa en el grupo experimental.
- No se evidencian cambios significativos en el grupo de control en los niveles de sintomatología depresiva, nivel de afectación en el trabajo/estudio, vida social, activación y grado de recompensa que aporta el entorno.

5.2. Recomendaciones

- Evaluar las propiedades psicométricas en universitarios peruanos de los instrumentos más empleados al momento de realizar intervenciones en activación conductual, tales como el BADS y el EROS.
- Administrar programas de activación conductual tomando en consideración diversos rangos de edad con el objetivo de poder generalizar los resultados.

- Promover estudios que brinden más información sobre la prevalencia y las causas de la depresión en universitarios iqueños.
- Fomentar la aplicación de programas terapéuticos basados en evidencia científica.
- Promover el desarrollo de estudios experimentales y cuasi experimentales en el contexto peruano, de modo que se cuenten con más información sobre la efectividad de los tratamientos para la depresión más utilizados por los psicoterapeutas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P., y Santos, C. (2008). Behavioral Models of Depression: A Critique of the Emphasis on Positive Reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 130-145. doi:10.1037/h0100838
- Abu Ruz, M., Al-Akash, H., y Jarrah, S. (2018). Persistent (Anxiety and Depression) Affected Academic Achievement and Absenteeism in Nursing Students. *The Open Nursing Journal*, 12(1), 171–179. doi:10.2174/1874434601812010171
- Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023503006.pdf>
- Albornoz, V., Durán, C., Fausto, M., García, S., Gonzalez, P., ... Zapil, P. (2012). *Pobreza, desigualdad de oportunidades y políticas públicas en América Latina*. Lima: Fundación Konrad Adenauer. Recuperado de <https://www.ipe.org.pe/portal/pobreza-desigualdad-de-oportunidades-y-politicas-publicas-en-america-latina-peru/>
- Amanya, S., Nakitende, J., y Ngabirano, T. (2017). A cross-sectional study of stress and its sources among health professional students at Makerere University. *Uganda. Nursing Open*, 5(1), 70–76. doi:10.1002/nop2.113

- Amézquita-Medina, M., González-Pérez, R., Zuluaga-Mejí D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/363/36344764007.pdf>
- Anuradha, R., Dutta, R., Raja, J., Sivaprakasam, P., y Patil, A. (2017). Stress and stressors among medical undergraduate students: A cross-sectional study in a private medical college in Tamil Nadu. *Indian Journal of Community Medicine*, 42(4), 222. doi:10.4103/ijcm.ijcm_287_16
- Arrieta, K., Díaz, S., y González, F. (2014). Síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7 (1), 14-22. doi:10.4321/s1699-695x2014000100003
- Armento, M., y Hopko, D. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119. doi:10.1016/j.beth.2006.05.003
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8, 23-47. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3040305>

- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 21(2), 183-197. doi:10.5093/cl2010v21n2a7
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 15-33. doi:10.33776/amc.v42i165-66.2792
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Bruwer.
- Bolton, P., Bass, J., Abdulla, G., Kamal, T., McIvor, S., ... Rosenblum, M. (2014). A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. *BMC Psychiatry*, 14, 360. doi:10.1186/s12888-014-0360-2
- Caballero, C., Hederich, C., y Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista latinoamericana de*

psicología, 42(1), 131-146. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>

Cadila, F., Martos, A., Barragán, A., Pérez-Fuentes, M., Molero, M., ... Gázquez, J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psycjology and Education*, 5(2), 267-279. doi:10.30552/ejihpe.v5i2.118

Carranza, E. (2013). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de lima. *Revista de Psicológica Trujillo*, 15(2), 170-182. Recuperado de http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219

Collado, A., Long, K. E., MacPherson, L., y Lejuez, C. W. (2014). The efficacy of a behavioral activation intervention among depressed US Latinos with limited English language proficiency: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 1–11. doi:10.1186/1745-6215-15-231

Dimidjian, S. et al. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi:10.1037/0022-006x.74.4.658

Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., y Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of*

- Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual* (4ª ed.) (pp. 328- 364). Nueva York: Guilford Press.
- Dobson, K., y Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive Behavioral Therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (1ª ed.) (pp. 3-38). New York: The Guilford Press.
- Driessen, E., y Hollon, S. D. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 537–555. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
- Fernandez, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J., ... Peláez, I., (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de psicología*, 27(2), 278-291. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051002.pdf>
- Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Ferguson, C. (2012). *An effect size primer: a guide for clinicians and researchers*. Recuperado de www.tamtu.edu/~cferguson/Ferguson%20PPRP.pdf
- Forman, E., y Herbert, J. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. En: W. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds). *General*

Principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Nueva York: John Wiley & Sons.

Garay, K. (14 de junio de 2016). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *El Peruano*. Recuperado de: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>

Gawrysiak, M., Nicholas, C., y Hopko, D. (2009). Behavioral Activation for Moderately Depressed University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468–475. doi:10.1037/a0016383

Gros, D., Price, M., Strachan, M., Yuen, E., Milanak, M., y Acierno, R. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure: An investigation of relative symptom changes in PTSD and depression during the course of integrated behavioral activation, situational exposure, and imaginal exposure techniques. *Behavior Modification*, 36(4). doi:10.1177/0145445512448097

Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi:10.1016/j.beth.2016.11.006

Hayes, S., y Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. doi:10.1002/wps.20442

Hayes, S., Levin, M., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J., y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavioral Therapy*, 44(2), 180-198. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002

Hayes, S., Luoma J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavioural Research and Therapy*, 44, 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006

Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Hofmann, S., y Asmundson, G. (2008). Acceptance and mindfulness- based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16. doi:10.1016/j.cpr.2007.09.003

Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555

Hopko, D., Lejuez, C., LePage, J., Hopko, S., y McNeil, D. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469. doi:10.1177/0145445503255489

- Hopko, D., Lejuez, C., Ruggiero, K., y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699–717. doi:10.1016/S0272-7358(03)00070-9
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. doi:10.1093/clipsy/8.3.255
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., ... Prince, S. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (2), 295-304. doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.323a
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M., y González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud mental*, 38(2), 103-107. doi:10.17711/sm.0185-3325.2015.014
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.
- Kanter, J., Busch, A., y Rusch, L. (2009). *Behavioral Activation: distinctive features*. New York: Routledge.

- Kanter, J., Busch, A., Rusch, L., y Sedivy, S. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(1), 36-42. doi.org/10.1007/s10862-008-9088-y
- Kanter, J., Busch, A., Weeks, C. y Landes, S. (2008). The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 31, 1–21. doi.org/10.1007/bf03392158
- Kanter, J., Mulick, P., Busch, A., Berlin, K., y Martell, C. (2007). The Behavioral activation for depression scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202. doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5
- Kanter, J., Manos, R., Bowe, W., Baruch, D., Busch, A., y Rusch, L. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608-620. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kaviani, H., Javaheri, F., y Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (2), 285-296. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen11/num2/298.html>

- Khesht-Masjedi, M., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., ..., Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of family medicine and primary care*, 8(3), 799–804. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_103_18
- Kim T. (2015). T test as a parametric statistic. *Korean journal of anesthesiology*, 68(6), 540–546. doi:10.4097/kjae.2015.68.6.540
- Kirk, R. (1995). *Experimental design: procedures for the behavioral sciences*. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30. doi:10.1192/s0007125000298371
- Lee, C. (2005). Evidenced-based treatment of depression in the college population. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(1), 23-31. doi:10.1300/j035v20n01_03
- Legua-Flores, M., Arroyo-Hernández, H. (2011). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de la provincia de Ica, Perú. *Reista Médica Panacea*, 1(2), 28-33. doi.org/10.35563/rmp.v1i2.95

Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 225-286. doi.org/10.1177/0145445501252005

Lewinsohn, P. M., y Graf M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261-268. doi:10.1037/h0035142

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (Eds.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.

Lewinsohn, P. M., Biglan, A., y Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Eds.) *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Brunner/Mazel.

Lyubomirsky, S., y Kurtz, J. (2008). *Positively Happy: Routes to Sustainable Happiness A Six Week Course*. Londres: The Positive Psychology Workbook Series.

Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., Fernández del Río, E., y Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: A systematic review. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 1–13. doi:10.1186/s13011-018-0173-2

- Manelic, R., y Ortega-Soto, H. (1995). La depresión en estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*, 18(2), 31-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5766401>
- Martell, C., Addis, M., y Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- McCauley, E., Schloretd, K., Gudmundsen, G., Martell, C., y Dimidjian, S. (2016). *Behavioral Activation with Adolescents: A Clinician's Guide*. New York: The Guildford Press.
- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloretd, K., Martell, C., Rhew, I., ..., Dimidjian, S. (2016). The adolescent behavioral activation program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 45(3), 291-304. doi:10.1080/15374416.2014.979933
- Mineka, S., Watson, D., y Clark, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.377

Montoya, L., Gutiérrez, J., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1011>

Okumura, A. (2018). *Programa de Activación Conductual para disminuir la depresión en pacientes de una institución de apoyo social de San Juan de Miraflores* (tesis de maestría). Universidad Ricardo Palma, Lima.

Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1474.pdf>

Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.

Pérez-Villalobos, C., Bonnefoy-Dibarrat, C., Cabrera-Flores, A., Peine-Grandón, S., Abarca, K., ... Jiménez-Espinoza, J. (2012). Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales de Psicología*, 28(3), 797-804. doi:10.6018/analesps.28.3.156071

Reyes, P., Uribe, J., y Bianchi, M. (2019). Effectiveness of a single session protocol of behavioral activation in college students with depressive symptomatology.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 19(1), 5-14.

Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen19/num1/503.html>

Richards, D., Ekers, D., McMillan, D., Rhodes, S., Fletcher, E ... Finning, K. (2016) Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871 – 880. doi:10.1186/isrctn27473954

Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102. doi:10.15381/rinvp.v10i1.3909

Robles, F., Sánchez, A., y Galicia, I. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 27-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440004.pdf>

Romero, M., Fernández, N., Huerta, G., y Barradas, M. (2015). Depresión y ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz, Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 145-157. doi.org/10.23913/ride.v6i11.148

Saavedra, J. (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. *Anales de Salud Mental*, 28, 1-219. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>

Sánchez-Angulo, J., Barraca, J., Mora, E., y Reyes-Ortega., M (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) en una muestra mexicana. *Clínica y Salud*, 29(3), 151-155. doi:10.5093/clysa2018a22

Sánchez-Marín, C., Chichón-Peralta, J., Leon-Jimenez, F., y Alipazaga-Pérez, P. (2016). Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(4), 197-206. doi:10.20453/rnp.v79i4.2974

Sharplin, G., Jones, S., Hancock, B., Knott, V., Bowden, J., y Whitford, H. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. *The Medical Journal of Australia*, 193 (5), 79 – 82. doi:10.5694/j.1326-5377.2010.tb03934.x

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. Ginebra: OMS.

Quispe, M. (2015). *Factores socio-familiares y nivel de depresión en estudiantes de la escuela profesional de enfermería Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica, Mayo-2015* (Tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Ica. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1349?show=full>

- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Yokoyama, S., Yoshino, A., Kagawa, F., ... Yamawaki, S. (2018). Effects of behavioral activation program without psychotropic medication treatment for depression in late adolescence: case report. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 2159–2164. doi:10.2147/NDT.S168077
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 275-287. doi:10.1037//0022-006x.70.2.275
- Tortolero, L., y Calzolaio, A. (2011). Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, estado Falcón, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, *17*(2), 329-340. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28022757012>
- Turner, J., y Leach, D. (2010). Experimental evaluation of behavioral activation treatment of anxiety (BATA) in three older adults. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *6*, 373-394. doi:10.1037/h0100917
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40*(2), 8-19. doi:10.4067/s0717-92272002000600002

Universidad Nacional de Ica (2015). *Informe Semestral del Plan Estratégico Institucional Año Fiscal 2015*. Ica: UNICA.

Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Heredia, P., Quispe-Colquepisco, S., y Mejía, C. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 32-36. doi:10.1016/j.rcp.2017.01.008

Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Araki, R, y Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de investigación en psicología*, 11(2), 139-152. doi:10.15381/rinvp.v11i2.3845

Wang, J., Pierce, J., Ayala, G., Cadmus-Bertram, L., Flatt, S., Madanat, H., ... Natarajan, L. (2015). Baseline Depressive Symptoms, Completion of Study Assessments, and Behavior Change in a Long-Term Dietary Intervention Among Breast Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(6), 819–827. doi.org/10.1007/s12160-015-9716-1

ANEXOS

Anexo 1: Declaración de autenticidad y no plagio



**Universidad
Ricardo Palma**

ESCUELA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando:

Franco Jimenez, Rulman Andrei

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

dejo constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

Programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

Firma del graduando

30 - 10 - 19

Fecha

Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación



Universidad
Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

Franco Jimenez, Rulman Andrei

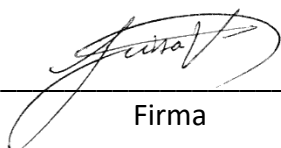
, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	SI NO
Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: Dra. Vargas Reyes, Luisa	Cargo del jefe/Responsable del área: Decana	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 956 613 362	Correo electrónico de la empresa: imagen@unica.edu.pe	


Firma

30 - 10 - 19

Fecha

Anexo 3: Consentimiento Informado para el Participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento me presento a usted para proveer información sobre la naturaleza de esta investigación y el rol que tendría de aceptar participar en ella.

El presente estudio está conducido por el Licenciado en Psicología de la Universidad Ricardo Palma, Andrei Franco Jimenez. Tiene como objetivo evaluar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual en la depresión, de tal manera que se pueda contar en nuestro contexto con tratamientos efectivos y así mejorar la atención psicológica. Por otro lado, la culminación de la presente investigación me permitirá la obtención del grado académico de Magister en Psicología.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y confidencial, lo que significa que se mantendrá siempre el anonimato de los participantes.

Si usted decide participar, se le pedirá responder un cuestionario para evaluar el grado de depresión. Asimismo, se le solicitará poder asistir semanalmente al taller para la depresión, la cual durará 12 semanas, siendo cada sesión aproximadamente de una hora y media.

Si en el transcurso presenta alguna duda en relación a la investigación, al taller o al cuestionario, puede realizar las preguntas que considere necesarias. Además, si en el transcurso del presente estudio, lo considera conveniente, puede abandonar su participación en cualquier momento.

Se informa también que los participantes no recibirán información sobre los resultados de la investigación. Asimismo, la información obtenida será publicada en la tesis respectiva, manteniendo el anonimato de los participantes.

De antemano le agradecemos mucho su participación. Por favor, si está de acuerdo haga un aspa al lado de la palabra “acepto”, y en la línea su firma correspondiente.

Acepto

No acepto

.....

Firma

Fecha (d/m/a): / /

Anexo 4: Matriz de consistencia

TEMA: Programa de activación conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud			
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>1. Problema principal</p> <p>¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual en los procesos observados en la depresión (síntomas depresivos, niveles de activación, niveles de evitación, afección en el estudio, trabajo y la vida social, grado de recompensa que aporta el entorno) de acuerdo al enfoque conductual-contextual en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal?</p> <p>2. Problemas específicos</p> <p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, en condiciones de pre y post-test, para los grupos experimental y de control?</p> <p>- ¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable sintomatología de la depresión?</p> <p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable activación?</p> <p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable evitación/rumia?</p>	<p>1. Objetivo general</p> <p>- Determinar los efectos de un programa de Activación Conductual en los procesos observados en la depresión bajo el enfoque conductual-contextual en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal</p> <p>2. Objetivos específicos</p> <p>- Comparar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, en condiciones de pre y post-test, para los grupos experimental y de control.</p> <p>- Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable sintomatología de la depresión.</p> <p>- Indicar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable activación.</p> <p>- Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable evitación/rumia.</p> <p>- Indicar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una</p>	<p>1. Hipótesis general</p> <p>Si administramos un programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirán los síntomas de depresión.</p> <p>2. Hipótesis secundarias</p> <p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión a estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la variable sintomatología de la depresión.</p> <p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces aumentará la variable activación.</p> <p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces disminuirá la variable evitación/rumia.</p> <p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la variable afectación en el trabajo/estudio.</p> <p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces se disminuirá la afectación de la vida social.</p>	<p>1. Tipo de investigación</p> <p>Estudio descriptivo.</p> <p>2. Diseño de investigación</p> <p>Diseño cuasi experimental</p> <p>3. Población</p> <p>Alumnos de ciencias de la salud que cumplan con los criterios para la depresión en una universidad estatal.</p> <p>4. Muestra</p> <p>La muestra estará integrada por 40 participantes, conformando 20 el grupo experimental y 20 el grupo de control. Las edades varían entre 17 y 30 años y todos ellos pertenecen a las facultades de ciencia de la salud.</p> <p>5. Instrumentos</p> <p>Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI IIA)</p> <p>Environmental Reward Observational Scale (EROS)</p> <p>Behavioral Activation for Depression (BADS)</p> <p>Ficha sociodemográfica</p> <p>VARIABLES</p> <p>1.- Variable independiente</p> <p>Programa de Activación Conductual para el tratamiento de la depresión</p>

<p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación en el trabajo/estudio?</p> <p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación de la vida social?</p> <p>-¿Cuál es el efecto de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable grado de recompensa que aporta el entorno?</p>	<p>universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación en el trabajo/estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable afectación de la vida social. - Analizar los efectos de un programa de Activación Conductual para la depresión en estudiantes de una universidad estatal teniendo en cuenta la variable grado de recompensa que aporta el entorno. 	<p>Si aplicamos el programa de Activación Conductual en depresión para estudiantes de ciencias de la salud de una universidad estatal, entonces aumentará la variable grado de recompensa que aporta el entorno.</p>	<p>2.- Variables dependientes Evaluadas mediante los instrumentos: BDI-II, EROS Y BADS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sintomatología de la depresión - Grado de activación - Nivel de evitación/rumia - Grado de afectación del estudio/trabajo <p>3.- Variables de control Evaluadas mediante la ficha sociodemográfica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes universitarios de ciencias de la salud - Edad - Sexo - Lugar de nacimiento
--	--	--	--

Anexo 5: Protocolos o instrumentos utilizados

Anexo 5.1. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

1. Indique su sexo (con una X)

Mujer

Varón

2. Anote:

Su edad (años cumplidos):

Lugar de Nacimiento:

3. Señale su estado civil (con una X)

Soltero(a) Casado (a) Divorciado(a)

Viudo (a) Conviviente

4. Señale si tiene hijos Sí

No

Anote el número de hijos:.....

5. Señale cuál es el la facultad en la que se encuentra estudiando (con una X)

Psicología

Enfermería

Medicina Humana

Obstetricia

Odontología

6. Señale si se encuentra actualmente trabajando (con una X)

Sí

No

7. Señale si en la actualidad recibe tratamiento psiquiátrico

Sí

No

8. Señale si en la actualidad recibe tratamiento psicológico

Sí

No

Anexo 5.2: Inventario de Depresión de Beck II Adaptado (BDI-IIA)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - ADAPTADO (BDI-IIA)

Edad: Sexo: **Masculino** **Femenino**

“Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo; el que mejor describa el modo cómo se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.”

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 0 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 1 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 0 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estar.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera deseado.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Me siento castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Me siento conforme conmigo mismo.
- 1 Hay cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
- 2 Existen muchísimas cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
- 3 No estoy conforme conmigo mismo.

8. Autocrítica
- 0 Siempre que me critico lo hago para mejorar.
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estar.
 - 2 Me critico a mí mismo la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me critico a mi mismo todo el tiempo.
9. Pensamientos o deseos suicidas
- 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Desearía matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
- 0 No he llorado últimamente.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Lloro la mayor parte del tiempo.
 - 3 Lloro todo el tiempo.
11. Agitación
- 0 En general, no suelo estar inquieto.
 - 1 Me siento más inquieto de lo habitual.
 - 2 Estoy inquieto la mayor parte del tiempo.
 - 3 Estoy tan inquieto todo el tiempo.
12. Pérdida de interés
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
- 0 Siento que soy valioso.
 - 1 No me considero tan valioso como solía considerarme.
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de energía
- 0 Tengo la misma energía de siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que suelo tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer las cosas.
 - 3 No tengo energía para nada.
16. Cambios en los hábitos de sueño
- 0 No he tenido cambios en mis hábitos de sueño.
 - 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
 - 3a Duermo la mayor parte del día.

3b Por lo general, duermo muy pocas horas.

17. Irritabilidad

- 0 No me irrito con facilidad.
- 1 Me irrito de vez en cuando.
- 2 Suelo irritarme con frecuencia.
- 3 Estoy irritado todo el tiempo.

18. Cambios de apetito

- 0 No he tenido cambios en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No me siento cansado ni fatigado.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Me siento fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer.
- 3 Me siento demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 5.3: Environmental Reward Observational Scale Adaptado (EROS)

EROS

Valore en qué grado son aplicables a usted las siguientes diez frases. Tenga en cuenta la escala que está situada sobre las frases para elegir su respuesta.

		Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo
1.	Muchas de mis actividades en mi vida son agradables	1	2	3	4
2.	Últimamente, me he dado cuenta de que las situaciones que vivo me hacen infeliz	1	2	3	4
3.	En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo	1	2	3	4
4.	Me resulta fácil encontrar actividades que me hagan disfrutar de la vida	1	2	3	4
5.	Otras personas parecen tener vidas más felices que la mía	1	2	3	4
6.	Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban	1	2	3	4
7.	Desearía encontrar más pasatiempos divertidos	1	2	3	4
8.	Estoy satisfecho con mis logros	1	2	3	4
9.	Mi vida es aburrida	1	2	3	4
10.	Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	1	2	3	4

Anexo 5.4: Behavioral Activation for Depression Scale Adaptado (BADS)

INSTRUCCIONES: Por favor, lea con atención cada frase y haga un círculo al número que mejor refleje su situación *durante la pasada semana, incluyendo el día de hoy*.

		En absoluto					Completamente cierto	
1	Me quedé en la cama demasiado tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes	0	1	2	3	4	5	6
2	Había ciertas cosas que tenía que hacer y no las hice	0	1	2	3	4	5	6
3	Estoy contento por el tipo y la cantidad de actividades que hice	0	1	2	3	4	5	6
4	Participé de manera constante en una serie de actividades amplias y variadas	0	1	2	3	4	5	6
5	Tomé decisiones acertadas sobre el tipo de actividades y situaciones en las que he participado	0	1	2	3	4	5	6
6	No cumplí con ninguna de las metas que me había puesto para cada día a pesar de haberlo intentado	0	1	2	3	4	5	6
7	Realicé actividades para cumplir las metas que me había fijado	0	1	2	3	4	5	6
8	La mayor parte de las actividades que realicé fueron para escaparme o evitar lo que me fastidiaba	0	1	2	3	4	5	6
9	Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas	0	1	2	3	4	5	6
10	Traté de no pensar en cosas incómodas	0	1	2	3	4	5	6
11	A pesar que me costaban, hice cosas debido que tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	0	1	2	3	4	5	6
12	Llevé a cabo una tarea ardua pero que merecía la pena	0	1	2	3	4	5	6
13	Perdí mucho tiempo dando vueltas a mis problemas	0	1	2	3	4	5	6
14	Pasé tiempo tratando de encontrar algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones	0	1	2	3	4	5	6
15	Con frecuencia perdí tiempo pensando en mi pasado, en gente que me había herido, en errores que he cometido y en lo malo de la vida	0	1	2	3	4	5	6
16	No vi a ninguno de mis amigos	0	1	2	3	4	5	6
17	Estuve callado sin interactuar con los demás, incluso entre gente que conozco bien	0	1	2	3	4	5	6
18	Se me dificultó socializar a pesar de tener la oportunidad de hacerlo	0	1	2	3	4	5	6
19	Ahuyenté a la gente a mi alrededor con mis comentarios negativos y quejas	0	1	2	3	4	5	6
20	Hice cosas para aislarme del resto de la gente	0	1	2	3	4	5	6
21	Dejé de asistir a las clases/trabajo porque estaba muy cansado o no me sentía con ganas de ir	0	1	2	3	4	5	6
22	Mis responsabilidades y deberes se retrasaron porque me faltó la energía que necesitaba para hacerlas	0	1	2	3	4	5	6
23	Organicé mis actividades diarias	0	1	2	3	4	5	6
24	Me ocupé solo en actividades que me distrajeran lo bastante como para no sentirme mal	0	1	2	3	4	5	6
25	Me empecé a sentir mal cuando otros a mi alrededor hablaron de sentimientos y experiencias negativos	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 6: Programa de activación conductual

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA

OBJETIVO: Identificar y conocer a los integrantes del grupo, evaluando los síntomas de depresión. Asimismo, definir la depresión y cómo se relaciona con las actividades que realizamos y que dejamos de realizar.

SESION	TECNICA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
1	Evaluación de entrada	Administración de pruebas de entrada	Se presenta el taller y se dan las indicaciones para administrar el Inventario de Depresión de Beck, el Environmental Reward Observational Scale (EROS), y el Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).	-Inventario de Depresión de Beck IIA -Environmental Reward Observational Scale -Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) - Lápices
	Dinámica grupal	Bienvenida al taller	Se indica a los participantes que la meta a lo largo de las sesiones será el aprendizaje no sólo de herramientas para afrontar la depresión sino para tener una vida más rica y orientada hacia nuestras áreas valiosas. Se señala además la duración de las sesiones y los puntos que se van a tratar.	-Ninguno
	Dinámica de presentación	Conociéndonos	Los participantes forman grupos de dos, en donde los integrantes se presentan mutuamente y se dan a conocer. Finalmente, luego de haber conversado unos minutos, cada participante presenta al compañero con quien participó a todo el grupo.	-Ninguno
	Dinámica grupal	La Depresión en mi vida	Cada uno de los participantes comenta qué significa para ellos la depresión y cómo ésta afecta en su vida cotidiana.	-Ninguno
	Psicoeducación en depresión	¿Qué es la depresión?	Se indica a los participantes que la depresión es una reacción normal frente a situaciones adversas, buscando así despatologizar el cuadro. Se señala además que es normal sentir emociones tales como tristeza o ansiedad, y que tales emociones cumplen una función. Asimismo, que indica que el verdadero problema no es la tristeza o los pensamientos rumiativos, sino más bien nuestra forma de afrontarlos, el cual puede ser contraproducente en un largo plazo.	-Pizarra -Plumones
	Dinámica grupal	Normas de convivencia	Los integrantes forman grupos para establecer las normas de convivencia que van a regir durante el resto de las sesiones. Dentro de las normas, se pone énfasis en la confidencialidad y en el trabajo en equipo.	-Papelógrafos -Plumones
	Evaluación de entrada	Elaboración de línea base	Se señala a los participantes que para poder conocerlos mejor y para poder ir registrando su nivel de actividad, anoten todos los días las actividades que realizan, entregándole así un registro	-Registro de actividades semanales

SESION 2: IDENTIFICANDO LA CONSECUENCIA DE NUESTRAS CONDUCTAS

OBJETIVOS: Tomar consciencia de la consecuencia de las acciones que realizamos y cómo estas influyen en nosotros a corto y largo plazo.

SESION	TECNICA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
2	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Se pide a los participantes que comenten cómo se sintieron registrando su horario, qué actividades realizaron durante la semana y qué dificultades tuvieron.	-Registro de actividades semanales rellena por los participantes
	Reforzamiento		Asimismo, se les felicita por el cumplimiento de la actividad propuesta.	
	Psicoeducación en depresión y establecimiento de objetivos	Análisis funcional	Se explica mediante ejemplos el análisis funcional de la depresión, recalando el hecho que frente a eventos desagradables, muchas veces respondemos con conductas de evitación (rumiación, dejar de realizar actividades, evadir responsabilidades, etc.) lo que brinda satisfacción en el corto plazo pero refuerza la depresión en el largo plazo. Asimismo, se acuerda como objetivo dentro del programa aumentar las actividades saludables, a la vez que disminuimos las conductas de evitación que refuerzan la depresión.	-Ninguno
	Dinámica grupal	Dinámica: Mi análisis funcional	Los participantes realizan su propio análisis funcional mientras son guiados por el terapeuta. Finalmente, lo comparten en grupo.	-Papel -Lapiceros
Programación de actividades	Registrando mis actividades	Se propone como tarea que los participantes rellenen un registro de actividades el cual implica verificar el grado de agrado y de importancia de las actividades que realizan. Se brindan las pautas para rellenar la ficha mediante ejemplos.	-Registro de actividades con nivel de agrado e importancia incluido	

SESIÓN 3: VIVIENDO DE FORMA MÁS SALUDABLE

OBJETIVO: Reconocer conductas saludables que pueden ayudar a hacer frente a las conductas de evitación. Asimismo, identificar formas de auto reforzar los propios progresos.

SESION	TÉCNICA	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
3	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior y tarea	Se pide a los participantes que comenten cómo se sintieron y qué dificultades presentaron al momento de rellenar su registro semanal. Asimismo, se invita a los participantes a señalar cuáles fueron las conductas de evitación que tuvieron y cómo las afrontaron.	-Registro de actividades con nivel de agrado e importancia rellenada por los participantes
	Reforzamiento			
	Psicoeducación	Actividades saludables	Se señala que durante la depresión es difícil sentirse motivados a realizar actividades, debido a que éstas resultan más difíciles de lo usual y a que uno se encuentra más fatigado. Se indica que el objetivo no es esperar a estar motivados para realizar actividades saludables, ya que la motivación viene “de afuera hacia adentro”, es decir, la motivación recién aparece luego de la realización de las conductas saludables y no al revés.	-Plumones -Pizarra
	Dinámica grupal	Menú de Actividades	Se da a los participantes una lista de actividades agradables los cuales pueden agregar poco a poco a sus actividades semanales. Se indica que no a todos nos agradan las mismas cosas, por lo que es importante ir ubicando cuáles podría encajar mejor con nosotros y nuestro estilo de vida.	-Lista de sugerencia de actividades agradables.
	Programación de actividades			
	Programación de actividades	Planificando mis actividades	Se propone como tarea a los participantes empezar a incorporar actividades agradables a su vida diaria.	-Ninguno

SESIÓN 4: RECONOCIENDO NUESTRAS ÁREAS VALIOSAS

OBJETIVOS: Identificar los valores propios y poder planificar actividades en base a ellos.

SESION	TÉCNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Se pide a los participantes que comenten cómo se sintieron al incorporar actividades en su rutina semanal y se los felicita por tal logro. Asimismo, los participantes señalan qué dificultades tuvieron.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Psicoeducación en valores	Áreas Valiosas	Se indica que las áreas valiosas son todas aquellas áreas que nosotros valoramos más en nuestras vidas y que nos hacen sentir naturalmente felices. Estas áreas pueden incluir el ámbito familiar, laboral, religioso, pasatiempos, pareja, etc.	-Plumones -Pizarra
4	Dinámica grupal	Resolviendo casos	Se forman grupos y se brindan casos a modo de ejemplo, en el cual, los participantes tendrán que discutir las mejores actividades para la persona del caso en relación a sus áreas valiosas. Por ejemplo: “Una de las áreas valiosas de Pedro es el arte, sobretodo la música ¿de qué maneras podría poner en práctica su área valiosa?” Finalmente, se discuten los casos.	-Papelógrafo -Hojas de papel
	Dinámica grupal	Mis áreas valiosas	Se entrega a los participantes una ficha en donde van describiendo sus áreas valiosas y enumerándolas por orden de importancia. Finalmente, comparte sus áreas valiosas y por qué lo consideran partes importantes de ellos.	-Hoja de trabajo
	Programación de actividades	Planificando mis actividades	Se propone continuar con las actividades agradables que han estado realizado, aumentando la frecuencia o dificultad.	-Ninguno

SESION 5: PLANTEANDONOS METAS EN FUNCIÓN A NUESTRAS ÁREAS VALIOSAS

OBJETIVOS: Identificar metas personales de acuerdo a los valores de cada uno y comprender cómo poder plantearlas de forma efectiva.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
5	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Se pregunta a los participantes cómo les ha ido durante la semana al momento realizar actividades en función a sus áreas valiosas. Asimismo, se les felicita por el cumplimiento de la actividad.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Psicoeducación en metas	Dividir metas grandes	Se indica a los participantes que las metas grandes pueden ser divididas en metas más pequeñas para que así sean más manejables, menos estresantes y evitar así también la procrastinación. Los participantes forman grupos y en un papelógrafo, dividen una meta grande de alguno de los integrantes en pasos más pequeños	-Plumones -Pizarra Papelografos Plumones
	Psicoeducación en establecimiento de metas	Pautas para nuestras metas	Se recalca la importancia de que nuestras metas cumplan ciertos elementos: <ul style="list-style-type: none"> - Ser específicas: Una meta como “pasar más tiempo con mis amigos” no es muy adecuada. En cambio, una meta como “voy a salir con mis amigos este sábado por la tarde” es más apropiado. - Ser importantes para uno: Tienen que estar guiadas por nuestros valores. - Ser realistas: Tiene que tomar en consideración el tiempo que nos demoraría, nuestro estado financiero y las habilidades necesarias para cumplirlas. 	-Plumones -Pizarra
Programación de actividades	Elaborando nuestras metas	Los participantes establecen de forma individual sus metas a corto, mediano y largo plazo y las comparten grupalmente. Asimismo, indican cómo pueden empezar a trabajar en esas metas en el transcurso de la semana	-Hojas de papel	

SESION 6: RECONOCIENDO BARRERAS EXTERNAS Y APRENDIENDO A AFRONTARLAS

OBJETIVO: Identificar obstáculos que pueden llegar a tener frente a las metas que se han planteado tanto a corto como a mediano y largo plazo. Asimismo, adquirir herramientas para poder lidiar con tales obstáculos mediante técnicas de solución de problemas.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
6	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Se pregunta a los participantes cómo les ha ido durante la semana al momento de trabajar sus metas propuestas. Asimismo, se les felicita por el cumplimiento de la actividad.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Psicoeducación en solución de problemas	Explicación del método de solución de problemas	Se especifica que, en la depresión, muchas veces afrontamos barreras externas, las cuales pueden ser: no contar con posibilidades económica para cumplir metas, problemas familiares, problemas de pareja, dificultades para conseguir trabajo, etc. Se explica el método de solución de problemas que implica seguir los siguientes pasos frente a una dificultad: 1.- Determinar cuál es el problema 2.- Elabora una lluvia de ideas de posibles soluciones 3.- Haz una lista de qué podría suceder con cada solución 4.- Elige la mejor alternativa analizando los pros y los contras 5.- Pon tu solución en práctica 6.- Evaluar el resultado la solución Siguiendo estos pasos, se invita a los participantes a que propongan ejemplos para desarrollarlos entre todos en la pizarra. Asimismo, se explica que los problemas son parte normal de la vida, y que es preferible verlos como desafíos o retos en vez de como problemas propiamente, de modo que se motiva al afronte y no a la evitación de ellos.	-Plumones -Pizarra
	Dinámica grupal	Dinámica Grupal	En grupos de 2, se realiza en un papelógrafo los pasos de la solución de un problema que ellos elijan y finalmente lo exponen a sus compañeros, quienes luego le brindan su apreciación	-Papelógrafos
Programación de actividades	Actividad para la semana	Se propone usar el método de solución de problemas en la semana para dificultades que puedan presentar. Asimismo, continuar con las metas, actividades placenteras y valores.	-Ninguno	

SESION 7: BARRERAS INTERNAS: AFRONTANDOLAS CON ATENCIÓN PLENA

OBJETIVO: Utilizar la técnica de atención plena para hacer frente a la rumiación y para experimentar con mayor agrado las actividades saludables propuestas durante la semana.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
7	Revisión de actividades Reforzamiento	Revisión de tarea anterior	Los participantes señalan cómo les fue identificando y afrontando barreras externas durante la semana. Asimismo, señalan los progresos que han tenido en relación con sus áreas valiosas.	-Ninguno
	Psicoeducación	Consciencia plena	Se señala que en la depresión también lidiamos con barreras internas: falta de motivación, rumiación, etc. Se explica a los participantes el concepto de consciencia plena, el cual se refiere a prestar total atención al momento presente, sin juzgarlo, aceptándolo y con curiosidad. Asimismo, se indica que es una herramienta que puede sernos útil para realizar nuestras actividades saludables y afrontar la rumiación.	-Plumones -Pizarra
	Dinámica grupal	Encontrando mi kiwi	Se les da a todos los participantes un kiwi al que tendrán que prestar total atención a sus detalles (color, tacto, etc.). Luego de ello, todos los kiwis son mezclados con el de los demás en una bolsa y tendrán que encontrar su kiwi.	-Kiwis
	Dinámica grupal	Saboreando situaciones placenteras	Para practicar el tema de consciencia plena, se entrega a cada participante un chocolate. Se indica que presten total atención al color de la envoltura, a los detalles en ella. Luego, que lentamente desenvuelvan el chocolate y se concentren en el olor y la textura. Finalmente, concentrarse en el sabor.	-Chocolates
	Modelado		Al finalizar, se les pregunta cómo se sintieron y se les comenta que siempre pueden usar la consciencia plena como forma de relajación y también para saborear mejor las actividades agradables que se plantean durante la semana.	
	Programación de actividades	Trabajado en mis áreas valiosas	Se propone continuar trabajando en el transcurso de la semana con las metas de las áreas valiosas	-Ninguno

SESION 8: AUTOREFORZAMIENTO

OBJETIVO: Utilizar técnicas de para el adecuado autoreforzamiento de conductas de afrontamiento frente a la depresión.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
	Revisión de actividades Reforzamiento	Revisión de tarea anterior	Los participantes señalan cómo les fue en el uso de la técnica de atención plena. Asimismo, se les felicita por el cumplimiento de la actividad.	-Ninguno
8	Psicoeducación autoreforzamiento	Aprendiendo a premiarnos	Se señala que, en la depresión, al estar desmotivados, es difícil realizar conductas saludables. Se explica así, la importancia de autoreforzarnos cuando tenemos conductas de afrontamiento, con el fin de hacer la experiencia más gratificante.	-Plumones -Pizarra
	Dinámica grupal	¿Cómo me puedo premiar?	Se indica que lo que sirve de reforzador para unos, no necesariamente sirve de reforzador para otros. Se brinda así algunos ejemplos de autoreforzadores: Postres, comprar ropa, comprar la comida favorita, ir a un concierto, etc.	-Ninguno
	Dinámica grupal	Premiando mis logros	Los participantes elaboran en grupo y comparten su lista de autoreforzadores.	-Hojas
	Programación de actividades	Recompensando mi esfuerzo	Se propone utilizar autorreforzadores en el transcurso de la semana de cumplir con las metas propuestas en relación a las áreas valiosas	-Ninguno

SESION 9: FORTALECIENDO MIS REDES DE APOYO

OBJETIVO: Tomar conciencia de cómo la familia y los amigos pueden servir de apoyo frente a una depresión o a una recaída. Asimismo, identificar actividades pro sociales que se podrían emplear para fortalecer estas redes.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
	Revisión de actividades Reforzamiento	Revisión de tarea anterior	Los participantes comentan cómo les ha ido en el uso de autoreforzadores y las dificultades y logros que van teniendo en función a sus áreas valiosas. Asimismo, se les felicita por los progresos que van realizando.	-Ninguno
	Psicoeducación	Redes de apoyo	Se indica a los participantes la importancia de crear redes de apoyo que nos puedan brindar ayuda en la depresión. Asimismo, se identifica las principales redes de apoyo de cada uno. Asimismo, se explica la importancia de las relaciones sociales para enfrentar la depresión y de qué modo las conductas pro sociales pueden afianzar las relaciones interpersonales.	-Plumones -Pizarra
9	Dinámica grupal	Cartas con cumplidos	Los participantes elaboran cartas con cumplidos dirigidos a otros participantes. Luego, estas cartas son compartidas Luego, se pregunta a los participantes cómo se sintieron dando y recibiendo cumplidos. Finalmente, se recalca el hecho de que las relaciones interpersonales tienen el potencial de hacernos sentir mejor y que estas relaciones pueden llegar a afianzarse mediante conductas pro sociales.	-Cartas -Lapiceros
	Programación de actividades	Identificando conductas pro sociales	Se identifica en grupo las conductas prosociales que pueden realizar durante la semana y que de preferencia vaya de acuerdo a sus valores. Finalmente, cada participante comenta qué conducta pro social podría llegar a realizar durante la semana y cómo lo haría.	-Plumones -Pizarra

SESION 10: FORTALECIENDO MIS REDES DE APOYO

OBJETIVO: Identificar formas en que nuestras redes de apoyo pueden ser de ayuda.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
10	Revisión de actividades	Revisión de tarea anterior	Se revisa las actividades pro sociales que realizaron durante la semana. Asimismo, los progresos y las dificultades que han tenido en relación a sus áreas valiosas.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Psicoeducación	Usando de forma eficaz mis redes de apoyo	Los integrantes de forma grupal van señalando formas en que los demás pueden ayudarnos a cumplir nuestras metas. Por ejemplo: “avisarme cuando llegue la hora de ir al gimnasio”, “recordándome mis compromisos”, “celebrando conmigo mis logros”, etc. Finalmente, se recalca la importancia que pueden tener nuestras redes de apoyo al momento de afrontar la depresión	-Plumones -Pizarra -Papelógrafos
	Dinámica grupal	Mis redes de apoyo	Los integrantes rellenan en forma grupal en una hoja de trabajo, las formas en las que sus amigos o familia pueden apoyarlos tanto en sus metas, como en sus valores y afrontando sus barreras.	-Hoja de trabajo
	Programación de actividades	Actividad para la semana	Se comenta a los participantes que pongan en acción sus redes de apoyo de la forma vista en la sesión para así comentar sus resultados la próxima semana.	-Ninguno

SESION 11: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

OBJETIVO: Reconocer lo usual que pueden ser las recaídas durante la depresión y encontrar formas efectivas de lidiar con ellas en cuanto aparezcan.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
11	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Los participantes comentan los logros y dificultades que van teniendo en función a sus áreas valiosas, así como en los autoreforzamientos y en sus metas.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Psicoeducación en recaídas	Prevención de recaídas	Se señala que las recaídas son posibles durante la depresión y que es necesario contar con herramientas para cuando ello ocurra. Por ejemplo: Poder reconocer qué situaciones me hacen más vulnerable, identificar qué conductas propias pueden contribuir a la depresión, conocer mis redes de apoyo, elaborar un plan, etc.	-Plumones -Pizarra
	Dinámica grupal	Dinámica grupal	De forma grupal, se proponen casos de personas que han superado la depresión y se plantea cómo ellos podrían prevenir una recaída.	-Plumones -Papelógrafo
	Dinámica grupal	Reconociendo mis puntos débiles	Los participantes forman grupos y señalan en una hoja de trabajo qué contextos incrementan su vulnerabilidad a caer deprimidos, qué comportamientos contribuyen a mantener en un ciclo depresivo en ellos, qué conductas antidepresivas necesitan mantener o incrementar. Finalmente, comentan cómo afrontarían una recaída.	-Hoja de trabajo
Programación de actividades	Actividad para la semana	Se propone continuar con las actividades relacionadas a las áreas valiosas que han estado realizado, aumentando la frecuencia o dificultad.	-Ninguno	

SESION 12: CIERRE DEL TALLER

OBJETIVO: Tomar conciencia de la importancia de la práctica para generalizar las conductas aprendidas.

SESION	TECNICAS	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES
12	Revisión de actividades	Revisión de la tarea anterior	Los participantes comentan los progresos y las dificultades que han tenido en relación a la depresión, así como sus logros en relación a sus áreas valiosas.	-Ninguno
	Reforzamiento			
	Dinámica grupal	Revisando lo aprendido	Se forman grupos de dos o de tres y cada grupo expone alguno de los temas tratados durante el taller. Finalmente, se recalca el hecho de seguir practicando lo aprendido, pues el objetivo es que estas habilidades terminen por convertirse en un hábito.	-Plumones -Papelógrafos
	Evaluación de salida	Administración de pruebas de salida	Se administra el Inventario de Depresión de Beck y el Environmental Reward Observational Scale (EROS) y el Behavioral Activation for Depression Scale (BADS).	-Inventario de Depresión de Beck II Adaptado -Environmental Reward Observational Scale -Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) - Lápices
	Dinámica grupal	Cierre del taller	Los integrantes del taller comparten lo que trajeron para el cierre del taller, celebrando así su culminación. Finalmente, se invita a los participantes a poder tener una próxima sesión en un periodo de 3 meses para poder evaluar la consistencia de los logros obtenidos.	-Ninguno