

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UNA GUÍA DE ANÁLISIS FUNCIONAL PARA POBLACIÓN CON DEPRESIÓN

DESIGN AND VALIDATION OF CONTENT OF A GUIDE FOR FUNCTIONAL ANALYSIS FOR POPULATION WITH DEPRESSION

DARÍO NIETO-CAPADOR¹, JEFFRY ALEXANDER RUIZ LINARES,
PAULA CATHERIN SOSA GONZÁLEZ & CAROLINA TORRES GALLO

FECHA DE RECEPCIÓN 19/05/2021 • FECHA DE ACEPTACIÓN 21/10/2021

Para citar este artículo: Nieto-Capador, D., Ruíz, J., Sosa, P. & Torres, C. (2021). Diseño y Validación de Contenido de una Guía de Análisis Funcional para Población con Depresión. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 15(2), 33-47. <https://doi.org/10.21500/19002386.5383>

Resumen

El objetivo de esta investigación fue establecer el diseño y la validez de contenido de una Guía de Práctica Clínica (GPC) de análisis funcional (AF) para población con trastorno depresivo mayor (TDM). Se realizó por medio de una metodología cuantitativa de tipo instrumental, implementando la técnica de validación por jueces expertos, con la participación de seis jueces con experiencia en psicología clínica y cuatro en análisis del comportamiento. Resultado de la evaluación de los jueces, se obtuvo un índice de validez de contenido de 0.85, permitiendo establecer la validez de la GPC de análisis funcional para evaluar el TDM. Se concluye que los procedimientos para realizar AF en TDM corresponden con los referentes teórico-prácticos disponibles y con la tradición del enfoque conductual en psicología.

Palabras clave: Guía de Práctica Clínica, análisis funcional, depresión, diseño de contenido, validación de contenido.

Abstract

The objective of this research was to establish the design and content validity of a Clinical Practice Guideline (CPG) for Functional Analysis (FA) for a population with Major Depressive Disorder (MDD). It was carried out by means of an instrumental quantitative methodology, implementing the validation technique by expert judges, with the participation of six judges with experience in clinical psychology and four in behavior analysis. Result of the evaluation

¹ Universidad de San Buenaventura, Bogotá. <https://orcid.org/0000-0002-8624-0026>, <https://orcid.org/0000-0002-4844-3906>, <https://orcid.org/0000-0002-0273-0088>, <https://orcid.org/0000-0002-9591-6243> Carrera 8H 172-20, Bogotá, Colombia, 6671090, ext. 2630, dnieto@usbog.edu.co

of the judges, a Content Validity Index of 0.85 was obtained, allowing to establish the validity of the Functional Analysis CPG to evaluate the TDM. It is concluded that the procedures to perform FA in TDM correspond with the available theoretical-practical references and with the tradition of the behavioral approach in psychology.

Key word: Clinical Practice Guideline, Functional Analysis, Depression, Content Design, Content Validation.

Diseño y Validación de Contenido de una Guía de Análisis Funcional para población con Depresión

Se estima que hacia el año 2015, a nivel mundial, 322 millones de personas presentaban depresión, esto representa aproximadamente el 4.4 % de la población mundial, distribuida en un 5.1 % en mujeres y 3.6 % en hombres, con índices de prevalencia que varían según la edad, mayores en edades adultas comprendidas entre los 55 y 74 años y menores en niños y adolescentes menores de 15 años; encontrando que la mitad de estas personas están ubicadas en las regiones de Asia sudoriental y Pacífico occidental. En el periodo de 2005 a 2015 se dio un aumento del 18.4 % de las personas con depresión, posicionando esta problemática a nivel mundial como la que contribuye en mayor medida a la discapacidad, disminuyendo significativamente el funcionamiento y la salud en general (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Según la American Psychiatric Association (2014), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM5), la depresión es un trastorno que se caracteriza por la presencia de un estado anímico de tristeza, irritabilidad o sensación de vacío. Habitualmente esto viene ligado con cambios orgánicos y en la cognición que influyen relevantemente en la actividad de la persona.

En el espectro de la depresión se presentan diferentes tipos de trastornos, que difieren entre sí en el tiempo que permanece el evento, el momento en que acontece y el probable origen, como desregulación disruptiva del estado del ánimo, depresivo persistente, disfórico premenstrual, depresivo asociado a condición médica, depresivo provocado por fármacos, otro depresivo especificado, otro depresivo no especificado y el trastorno depresivo mayor (TDM), el cual figura como el tras-

torno tradicional en la depresión (American Psychiatric Association, 2014).

El TDM se caracteriza por episodios de por lo menos dos semanas de duración, la mayor parte del tiempo, que generan cambios en la funcionalidad anterior, estado anímico depresivo, reducción significativa del razonamiento, de la conducta de elección, del goce y el involucramiento en la mayoría de las acciones realizadas, alteraciones considerables a nivel motor, en el peso, apetito, sueño, gasto energético, sensación de incompetencia y culpa desproporcionada, además de ideación, planeación o intento suicida frecuente. Para el diagnóstico del TDM deben presentarse cinco o más de estas características, causando afectación personal y en otras áreas vitales; estas no se dan como resultado del consumo de un compuesto químico, de una enfermedad, de un evento de manía o de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (American Psychiatric Association, 2014; Kim, 2021).

Dentro del estudio de la depresión se han identificado tres factores etiológicos: el genético, el estructural y el ambiental. Respecto a los factores genéticos, se ha logrado determinar la relación entre los genes y polimorfismos asociados al metabolismo de la dopamina, noradrenalina, glutamato, ácido gamma aminobutírico (GABA), factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), neuropéptidos y serotonina, especialmente este último con alteraciones en el estado anímico y el TDM (Nedic Erjavec et al., 2021; Restrepo-Arango et al., 2017).

En lo relativo a los factores estructurales, donde la neuroanatomía del cerebro es alterada, se encuentra la reducción del hipocampo (entre otras áreas del sistema límbico) y núcleo caudado y el aumento de la glándula pituitaria, además de una disfunción en la corteza prefrontal (CPF) que afecta las funciones ejecutivas y el componente afectivo (Cruzblanca, Lupercio, Collas & Castro, 2016; Nedic Erjavec et al., 2021; Saveanu & Nemeroff, 2012). Se ha identificado una fuerte asociación entre factores biológicos (genética/estructuras) y el efecto de eventos traumáticos tempranos, como, por ejemplo, el abuso sexual, emocional y físico, la negligencia y pérdida de figuras paternas, estas se constituyen como factores ambientales para el desarrollo de la depresión (Li et al., 2021; Saveanu & Nemeroff, 2012).

Recientemente se ha formulado la hipótesis de que el TDM representa alteraciones en la estructura y función del sistema nervioso central (SNC), con la capacidad de perdurar en el tiempo, en reacción a niveles permanentes y excesivos de estrés (Lam, 2012; Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2016).

Estos factores y otros asociados (e.g., inicio y mantenimiento de la problemática) son evaluados clínicamente en un proceso continuado y cambiante que tiene lugar en todas las fases terapéuticas. En el caso de la evaluación de la depresión, habitualmente esta es comprendida en tres niveles, cada uno de ellos integra un acercamiento diferencial de la evaluación; el nivel sintomatológico, que se relaciona con tristeza y bajo estado anímico; el sindrómico con la existencia además de signos asociados como alteraciones en el sueño, goce y apetencia, y el nosológico con la presencia de un trastorno con significancia clínica (Vázquez et al., 2014).

Vázquez et al. (2014) señalan que en la evaluación de los niveles sintomatológico y sindrómico (conocida como evaluación dimensional) se tiene como objetivo valorar o medir la frecuencia, duración, intensidad y otros parámetros relevantes de la tristeza, el bajo estado anímico y otros signos asociados a lo largo de la continuidad temporal. Para la evaluación del nivel nosológico (conocida como evaluación categorial) el objetivo es identificar el cumplimiento de criterios de una clasificación diagnóstica, como la del DSM5.

Para llevar a cabo tanto la evaluación dimensional como la categorial, existen diversos métodos de medición hetero y autoaplicados, como la entrevista, la observación, los registros y las pruebas psicológicas, cuyo objetivo de aplicación no es solo valorar la problemática, sino contrastar las hipótesis que se plantean para el caso en particular; la selección del método dependerá de las particularidades del individuo y del problema, la predilección teórica y la simplicidad en la administración (Vázquez et al., 2014).

Cualquiera que sea el método de evaluación seleccionado, la detección de síntomas depresivos es comúnmente la tarea de menor complejidad, la dificultad se presenta al intentar determinar el impacto y la severidad de los síntomas en la vida del individuo. Frente a esto se han desarrollado escalas de medición que permiten rea-

lizar dicha labor de manera eficaz, como el Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), el Hamilton Scale for Depression (Hamilton, 1960) y el Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965); pero estas escalas, como otras similares, identifican meramente las comunidades de todos los individuos y no la información particular requerida para la intervención. Para este fin se ha de acudir a metodologías como el Análisis Funcional (Vázquez et al., 2014).

El análisis funcional (AF) es definido por Haynes y O'Brien (1990) como la identificación de relaciones funcionales relevantes, manipulables y causales que se aplican a un conjunto determinado de conductas específicas para un individuo. El AF es un método de investigación sistemático de tradición conductual, cuyos intereses son las relaciones entre las conductas y los acontecimientos del contexto; su objetivo es determinar las variables que operan sobre los comportamientos, entender claramente las contingencias de su mantenimiento y formular supuestos acerca de su funcionalidad, esta es la causa primordial para emplear AF (Didden, 2007; Froxán, 2020).

El AF es empleado, a su vez, como un modelo clínico enfocado en las conductas problemas de los sujetos y las variables que las afectan. Este modelo tiene cinco características fundamentales: (a) el énfasis en las relaciones funcionales *causales* entre los problemas conductuales y variables de cada individuo; (b) la focalización en la *importancia* de los problemas conductuales, las variables causales y las relaciones funcionales; (c) el énfasis en las variables causales que son *controlables*; (d) su connotación idiográfica, y (e) la aplicación de una amplia colección de técnicas de evaluación que permiten la identificación de relaciones funcionales (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, & Gavino, 2013; Nezu, Nezu, O'Brien, Haynes, & Kaholokula, 2015).

En virtud de su herencia conductual, la utilización del AF en el estudio de los comportamientos psicopáticos supone que los procedimientos de aprendizaje, tras la adquisición y mantenimiento de estos, son análogos a los procedimientos de aprendizaje y de modificación de toda conducta humana. Estos procedimientos son el condicionamiento operante (CO) y el condicionamiento clásico (CC) (Froxán, 2020; Sturmey, Ward-Horner, Marroquín, & Doran, 2007).

El condicionamiento operante es definido como el procedimiento de aprendizaje en el que un estímulo/consecuencia se relaciona con una respuesta, obteniendo como producto el incremento o reducción de esta (Domjan, 2019; Skinner, 1979). Generalmente, en el AF desde el condicionamiento operante se describe la conducta observable y de interés que realiza un individuo, los eventos que anteceden las respuestas y que indican que una acción traerá una consecuencia (e.g., el estímulo discriminativo (SD) indica que una consecuencia se presentará después de una conducta y el estímulo delta (SΔ) indica que no se presentará), así como los estímulos/consecuencias que siguen a la conducta; estos pueden ser refuerzos que incrementan la fuerza de la respuesta o castigos que la decrementan (Yoman, 2008).

Su elaboración involucra varios pasos que se relacionan entre sí, en el primero y segundo se identifican y definen las conductas problema importantes y las variables causales relevantes y controlables (e.g., los antecedentes y las consecuencias), respectivamente. En el siguiente paso se evalúa la estructura y la fuerza de las relaciones funcionales entre los problemas comportamentales y las variables del contexto (Froxán, 2020; Nezu et al., 2015; Yoman, 2008).

Por su parte Pellón, Miguéns, Orgaz, Ortega y Pérez (2014) conceptualizan el Condicionamiento Clásico como el aprendizaje producto de la concurrencia de dos estímulos indistintamente del comportamiento del individuo, donde la manifestación de un estímulo predice la llegada del otro. Los comportamientos clásicos son elicitados en apariencia de manera automática, son poco sensibles a las consecuencias y sirven para adaptar al individuo, ajustando sus procesos fisiológicos o ayudándolo a estar seguro (Sturmey et al., 2007).

De acuerdo con esto, el AF en condicionamiento clásico posibilita describir y cambiar un amplio conjunto de conductas, al identificar los estímulos que controlan el comportamiento involuntario (estímulos condicionados) mediante su asociación con estímulos que producen esos comportamientos (estímulos incondicionados) y describiendo las conductas instintivas elicitadas (respuestas incondicionadas/respuestas condicionadas) que comúnmente involucran actividad regulatoria del sistema nervioso autónomo, muscular y glandular (Yoman, 2008).

Pero aun cuando la mayor parte de estas metodologías de evaluación funcional se han aplicado en individuos con trastornos y los tipos de relaciones entre el contexto y la conducta son idénticos en la totalidad de las poblaciones, la elaboración de modalidades de evaluación funcional que se apliquen a poblaciones particulares e incluyan clases de variables que describan el fenómeno funcionalmente, posiblemente, incrementará su utilidad como metodología para establecer asociaciones contexto-conducta y desarrollar tratamientos efectivos (Anderson, 2007).

Una de las modalidades con aceptación global que permite sintetizar voluminosas cantidades de información en una presentación favorable para su uso, es flexible, da sugerencias basadas en la evidencia que promocionan acciones de evaluación o intervención apropiadas y oportunas que disminuyen la variación sin justificación en su elección por parte de quien la aplica, es la Guía de Práctica Clínica (GPC) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Una Guía de Práctica Clínica es un documento que presenta sugerencias para el ejercicio de los profesionales de la salud y las políticas públicas. Estas sugerencias orientan al usuario sobre las posibles acciones y obligaciones frente a eventos en un tiempo y contexto particular, con el objetivo de obtener resultados óptimos en la salubridad de individuos y colectivos, ayudando a la toma de decisiones conscientes y a la priorización de diversas acciones a realizar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; World Health Organization, 2014).

De acuerdo a la World Health Organization (2014), para el desarrollo de una GPC se ha de considerar el tipo de guía que se ajusta a su finalidad; conforme a esto, se establecerá la metodología, los recursos, la organización temporal para la elaboración, culminación y divulgación; asimismo, los tipos de guías presentan variaciones en función del objetivo, el alcance, el momento en el que se desarrolla la guía en relación con la duración de la intervención, las instituciones que construyen la guía, la existencia de sugerencias novedosas frente a las existentes y el cronograma de su elaboración.

Conforme a estas consideraciones, se han desarrollado principalmente cuatro tipos de Guías de Práctica Clínica: (a) consolidadas, (b) interinas, (c) creadas ante una emergencia o urgencia y (d) estándar. Las guías

consolidadas reúnen todas las sugerencias ya existentes acerca de una enfermedad; se estima que su elaboración se da entre 12 a 24 meses; las guías interinas ofrecen sugerencias novedosas frente enfermedades emergentes, su construcción es estimada entre seis a nueve meses; las guías creadas ante una emergencia o urgencia agrupan sugerencias habitualmente novedosas frente a necesidades sanitarias apremiantes que requieren de rápida respuesta, se calcula que su producción se da entre uno a tres meses (World Health Organization, 2014).

Por último, las guías estándar recogen sugerencias novedosas y existentes, pero actualizadas acerca de una temática o enfermedad específica de interés para las áreas clínica y política; comúnmente se focalizan en tratamientos clínicos, sistemas de cuidado de la salud u orientaciones de las políticas, intervenciones de sanidad comunitaria, monitoreo de enfermedades y pruebas diagnósticas (e.g., aborda integralmente un problema de sanidad pública, desde la detección, diagnosis e intervención de la depresión); se estima su elaboración entre nueve y veinticuatro meses en los que se realizan actividades como revisiones sistemáticas de la evidencia y reuniones del grupo que desarrolla la GPC (World Health Organization, 2014).

Kredo et al. (2016) indican que estos tipos de Guías de Práctica Clínica cuentan con evidencia de más de 30 años respecto a las metodologías que las soportan, comprendiendo su elaboración, renovación, adecuación, puesta en funcionamiento y testeo; sin embargo, con el paso del tiempo las GPC han tenido un aumento en terminología e instrumentos, su implementación se ha vuelto más compleja, algunas tienen limitado acceso, son de difícil uso y presentan variabilidad en sus características psicométricas, lo que presenta oportunidades de investigación y mejoramiento en las actividades de las guías.

Respecto a las Guías de Práctica Clínica de los trastornos depresivos, algunas organizaciones internacionales, como la American Psychological Association (APA), han desarrollado guías que suministran sugerencias para la intervención de este trastorno, en la entrega más reciente se ha diferenciando su abordaje por etapas del desarrollo: niños/adolescentes, adultos y adultos mayores; la GPC se basó en diez revisiones sistemáticas y metanálisis, una revisión de la literatura y observaciones

de profesionales de la salud a consultantes con depresión (McQuaid et al., 2019).

De igual manera, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolló una GPC que brinda pautas para el manejo de la depresión en adultos, esta se basó en evidencia novedosa de metodologías de diagnóstico e intervención, la experiencia de los consultantes con depresión y sus familias a través de una investigación cualitativa y una revisión sistemática (Álvarez et al., 2014).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2013) desarrollaron una GPC que realiza sugerencias para la detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos. Estas se fundamentaron en revisiones sistemáticas de la evidencia, la evaluación de las guías relacionadas que se encontraron en la bibliografía científica y la evaluación económica del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En lo que concierne a las guías relacionadas con Análisis Funcional, los hallazgos son limitados. En el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, España, se desarrolló una guía para la Elaboración de Análisis Funcional del Comportamiento Humano, esta brinda sugerencias a los psicólogos para describir y aplicar el AF a conductas desadaptativas; presenta contenidos primordiales de análisis funcional de la conducta y descripciones de las clases de aprendizaje (Zanón Orgaz et al., 2016).

En este punto, es visible el desarrollo de Guías de Práctica Clínica que ofrecen sugerencias por separado para las actividades de evaluación e intervención de la depresión y para la elaboración del Análisis Funcional del comportamiento, pero no se evidencian GPC que estudien estas dos áreas de interés conjuntamente, permitiendo examinar el trastorno depresivo que se ha posicionado como un problema de salud pública mundial y el AF como un método para determinar la severidad y el impacto de la depresión en la vida de cada individuo.

Como respuesta parcial a este desafío, se han desarrollado protocolos de tratamiento para la depresión que incluyen el análisis funcional dentro de sus estrategias de evaluación, como lo son el protocolo de Activación Conductual (AC; Jacobson et al., 2001) y el protocolo de

Tratamiento breve de Activación de Conductual para la Depresión (TACD; Lejuez et al., 2001) (Barraca, 2009).

Jacobson et al. (2001) plantean que el protocolo de AC tiene como fundamento el AF, dando especial atención a los disparadores contextuales de la depresión y las respuestas provocadas por estos, las cuales a menudo comprenden patrones evitativos y de disrupción de rutinas. Por su parte, en el protocolo de TACD la implementación del AF se basa en la identificación individualizada de los factores contextuales que pueden influir en las conductas depresivas y no depresivas y los reforzadores que las mantienen (Lejuez et al., 2001).

Estas aproximaciones al AF de la depresión, aunque valiosas, no presentan el carácter riguroso y orientador que tiene una GPC, es por esto por lo que el desarrollo de una Guía de Análisis Funcional para población con trastorno depresivo, específicamente el Mayor como desorden clásico y característico del espectro, genera contribuciones a nivel tecnológico, práctico y social. A nivel tecnológico, aporta con la construcción de una estrategia de evaluación del comportamiento depresivo, de carácter idiográfico y que difiere de las tradicionales categorías diagnósticas reduccionistas que no comprenden la depresión como un ente dinámico (Moscoso, 2014).

A nivel práctico, contribuye a la actividad profesional de los psicólogos clínicos y de la salud con una metodología que cuenta con respaldo teórico y práctico para realizar el análisis de la depresión centrado en el individuo, favoreciendo el desarrollo o fortalecimiento de habilidades terapéuticas. A nivel social, aporta una estrategia dirigida a la solución de una problemática pública de significancia social, que permite la detección, diagnóstico, evaluación y análisis del trastorno depresivo mayor y que facilita la toma de acciones enfocadas al bienestar de los individuos y sus comunidades.

Adicionalmente, el desarrollo de la guía les brindará a las instituciones prestadoras de servicio de salud (que cuenten con el servicio de salud mental) un material actualizado, basado en la evidencia científica, orientado a optimizar la intervención de una de las problemáticas de salud mental con mayor prevalencia. Finalmente, la GPC aportará a las instituciones gubernamentales encargadas de los servicios de salubridad una herramienta estandarizada para la evaluación y el análisis de un importante

trastorno mental, que, al divulgarse, asegure la calidad en la prestación de la asistencia psicológica.

Partiendo de esta perspectiva, el objetivo del presente estudio fue establecer el diseño y la validez de contenido de una Guía de Práctica Clínica de Análisis Funcional para población con trastorno depresivo mayor.

Método

Tipo de estudio

Este estudio es de corte cuantitativo de tipo instrumental, puesto que se analizan las propiedades psicométricas de un instrumento de medición psicológica (Ato et al., 2013). Para el diseño del instrumento se contemplan las orientaciones del WHO Handbook for guideline development (World Health Organization, 2014) y de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); y para su validación de contenido se utilizará la validación de jueces expertos, esta es definida como la opinión con conocimiento proveniente de individuos con experiencia en una temática, que a su vez cuentan con reconocimiento de otros individuos respecto a su cualificación en el tema, teniendo la posibilidad de aportar datos, hechos, apreciaciones y evaluaciones relacionadas (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Participantes

Por las características de esta investigación, no se contó con población clínica, los participantes fueron 10 jueces expertos, psicólogos con formación posgradual, mínima de maestría, y trayectoria profesional mínima de 10 años en las temáticas base de la GPC, seis expertos en depresión y cuatro en análisis del comportamiento.

Instrumentos

Matriz de Revisión Sistemática de la Literatura. Para la elaboración de la GPC se realizó una revisión sistemática de la literatura (RSL) utilizando la metodología PRISMA (Moher et al., 2009). De acuerdo con esta, se construyó una matriz en la que se identificó, cribó, eligió e incluyó la información y evidencia más actual sobre AF y trastor-

no depresivo mayor, presente en revistas indexadas en la base de datos Scopus™ y Science Direct™.

Formato de validación de la GPC de AF en población con TDM. Con la finalidad de validar la Guía de Práctica Clínica de Análisis Funcional en población con trastorno depresivo mayor, se utilizó un formato de evaluación para los jueces, quienes calificaron cada categoría mediante un indicador, en los criterios de esencial, importante, aunque no indispensable y no necesario (Tristán-López, 2008). El formato tenía espacios para registrar los datos de identificación del evaluador (e.g., nombre, formación académica, áreas de experiencia profesional, etc.), información de contexto (e.g., objetivos de la investigación, del juicio experto y de la guía) e instrucciones para realizar el juicio (e.g., criterios y procedimiento para calificar categorías).

Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en dos fases, diseño y validación de la Guía de Práctica Clínica.

Fase 1. Diseño de la GPC

1. Se realizó la revisión sistemática de la literatura.
2. Se formularon las recomendaciones de acuerdo con los lineamientos de la World Health Organization (2014).
3. Se redactó la Guía de Práctica Clínica.

Fase 2. Validación de la GPC

1. Se realizó la revisión de la propuesta de GPC por jueces expertos.
2. Se revisó la evaluación realizada por los jueces expertos.
3. Se implementaron las retroalimentaciones realizadas por los jueces expertos.

Análisis de datos

El análisis cuantitativo de los acuerdos entre jueces se realizó mediante la Content Validity Ratio (CVR; Lawshe, 1975), pero, debido al reducido número de jueces, se aplicó la modificación a este modelo propuesta por Tristán-López (2008), la cual se basa en la normalización y establecimiento de un nuevo índice del consenso entre expertos.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló bajo la reglamentación y disposiciones de la Ley 1090 del Ministerio de Protección Social (2006), considerando los siguientes apartados:

Artículo 2. Los psicólogos que realizan su práctica profesional en Colombia se registrarán por los principios universales de responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad, bienestar al usuario, relaciones profesionales, evaluación de técnicas e investigación con participantes humanos.

Artículo 5. El psicólogo será autónomo dentro de su competencia, respetando normas y principios éticos, fundamentando su acción en estándares científicamente validados y de empleabilidad comunitaria.

Artículo 49. Los psicólogos investigadores tienen la responsabilidad sobre las temáticas estudiadas, el método del estudio, los recursos utilizados, el análisis de los hallazgos, su difusión y las normas adecuadas de empleo.

Artículo 50. Los psicólogos que planean o ejecutan investigaciones deben fundamentarse en los principios éticos de dignidad y respeto, salvaguardando los derechos y bienestar de quien participe.

Adicionalmente, se consideró la normatividad científica, técnica y administrativa para las investigaciones en el área de salud, previstas en la Resolución Número 8430 del Ministerio de Salud (1993). De acuerdo al artículo 11, esta investigación se clasificó sin riesgo, puesto que no se realizaron alteraciones deliberadas a la biología, fisiología, psicología o ambiente de los participantes.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con las fases establecidas en el procedimiento del estudio, iniciando por el diseño y finalizando por la validación de la Guía de Práctica Clínica de Análisis Funcional para población con trastorno depresivo mayor.

Diseño de la GPC de AF para población con TDM

Para el diseño y elaboración de la GPC se siguieron las directrices de la WHO handbook for guideline development (World Health Organization, 2014) y de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica

Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). De acuerdo a estas, se establecieron las cuatro categorías de la GPC: 1) Generalidades, 2) Conceptualización Clínica, 3) Evaluación conductual con Análisis Funcional y 4) Recomendaciones para AF en población con TDM.

En la categoría uno, de generalidades, se incluyen los objetivos generales y específicos de la GPC, los destinatarios y los aportes a nivel social, práctico y tecnológico. La categoría dos, de conceptualización clínica, aborda la epidemiología, definición y etiología del TDM. La categoría tres, de evaluación conductual con análisis funcional, comprende la definición y procedimiento para realizar AF. Finalmente, la categoría cuatro, de recomendaciones para AF en población con TDM, recoge las sugerencias para la elaboración de análisis funcional que provienen de los resultados de una revisión sistemática de la literatura realizada.

La RSL es entendida como una recopilación de los artículos de libre acceso y rigurosamente publicados, que cuentan con evidencia empírica. La utilidad de las revisiones está ligada a la toma de decisiones en el campo de la salud, además es empleada como base para el diseño de análisis económicos o guías de práctica clínica, sean estos para evaluaciones de riesgos o en torno a decisiones (Vidal et al., 2015).

Para la RSL se implementó la metodología PRISMA (Moher et al., 2009). De acuerdo con esta, se construyó una matriz en la que se identificó, cribó, eligió e incluyó la información y evidencia más actual sobre Análisis Funcional y Trastorno Depresivo Mayor, presente en revistas indexadas en las bases de datos Scopus™ y Science Direct™, siendo escogidas por ser las bases de datos con mayor participación en el mercado de las revista indexadas además por su estabilidad en cuanto a resultados en un periodo de tiempo determinado.

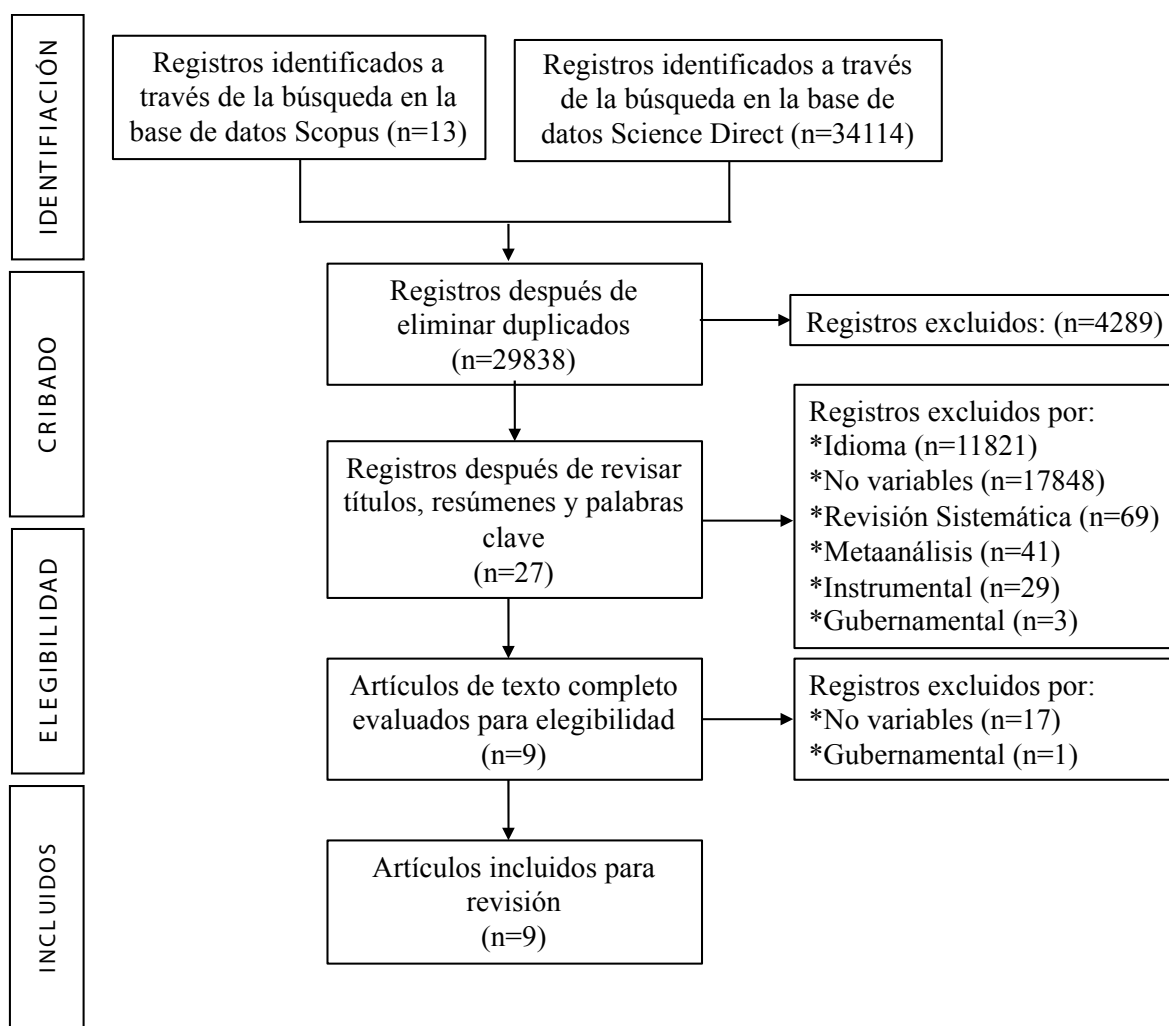
Los artículos fueron publicados en los últimos 10 años en revistas incluidas en las bases de datos Scopus™ y Science Direct™. Los criterios de inclusión fueron: a) artículos entre 2010 y 2019; b) artículos en idioma inglés y español; c) artículos que estudien las variables de aná-

lisis funcional y trastorno depresivo mayor; d) artículos de investigación y capítulos de libros. Los criterios de exclusión fueron: a) artículos de revisión sistemática; b) artículos de metaanálisis; c) artículos de revisión instrumental; d) documentos gubernamentales o noticiosos.

Los datos fueron recolectados en las bases de datos entre febrero y marzo del 2020. Se utilizaron los términos de búsqueda en inglés: («functional analysis») AND («major depressive disorder») OR (MDD), y los términos de búsqueda en español: («análisis funcional») AND («trastorno depresivo mayor») OR (TDM).

Para el registro de la información se elaboró una matriz en la que se ingresaron los datos mediante el siguiente procedimiento. Primero, se realizó la búsqueda en las bases de datos, encontrando un total de 34 127 resultados divididos en 13 en la base de dato Scopus™ y 34 114 en la base de datos Science Direct™. En segundo lugar, se hizo un cribado de los resultados, donde bajo los criterios de inclusión/exclusión se hizo una depuración de los resultados en la lectura de títulos, resúmenes y palabras claves; se excluyeron 17 848 resultados por no poseer las variables de interés, 11 821 por idioma, 4289 por duplicidad, 69 por ser revisiones sistemáticas, 41 por ser metaanálisis, 29 por ser artículos instrumentales y 3 por ser documentos gubernamentales, excluyendo finalmente 34 090 datos. En una tercera instancia se realizó la elegibilidad de los artículos de acuerdo a criterios de inclusión/exclusión haciendo la lectura del texto completo excluyendo 17 por no tener las variables y uno por ser documento gubernamental, obteniendo nueve registros, el mismo número obtenido en los artículos incluidos en la revisión sistemática.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Nota: Fuente Moher et al., 2009.

Se han incluido nueve artículos en la revisión sistemática. De los resultados obtenidos se identificó que el 33.3 % (3) de los artículos son del año 2011, el 11.1 % (1) del 2013, el 22.2 % (2) del 2015, el 22.2 % (2) del 2017 y el 11.1 % (1) del 2019. Por otro lado, en cuanto a los artículos, el 55.6 % (5) no contaban con participantes, mientras que el 44.4 % (4) sí; de los artículos que contaban con población, se encontró un rango de edad entre 15 y 44 años y un tamaño del N entre 1 y 44. Las publicaciones se realizaron 100 % (9) en Norteamérica, el 88.9 % (8) en Estados Unidos y el 11.1 % (1) en Canadá. El 77.8 % (7) de los artículos relacionan las dos variables (TDM y AF) y 22.2 % (2) abarcan únicamente

el AF. Entre los artículos que abordan el AF, el de Haynes et al. (2019) establece pasos para realizar el proceso de evaluación mediante el AF, permitiendo esquematizar la información de todos los artículos en pasos específicos.

De acuerdo con el consenso de autores de los artículos incluidos en la revisión sistemática, existen comunidades frente a la identificación de conductas problema, antecedentes, consecuencias y relaciones funcionales entre las mismas.

Dentro de estos contenidos se hace evidente la relevancia de identificar las conductas problema u objetivo y las estrategias de evaluación que facilitan la identificación de estas, además, este proceso no implica única-

mente reconocer la conducta problema, sino determinar su modo de respuesta para así realizar una operacionalización rigurosa. Adicionalmente, se deben identificar las dimensiones de la respuesta, su dimensión, gravedad y frecuencia para establecer cuál genera más afectación en los distintos niveles del individuo, teniendo en cuenta el reporte de la persona; este análisis favorece la toma de decisiones frente a la intervención orientada hacia el comportamiento objetivo.

El foco central del AF está en reconocer la importancia de las variables causales que inciden en las problemáticas del paciente (Kaholokula et al., 2013). En lo referente a los antecedentes del comportamiento problema, es importante identificar las variables causales que se caracterizan por elicitarse respuestas conductuales, cognitivas o emocionales. Estas pueden ser: las dificultades en la interacción del individuo, de su vida en general o eventos traumáticos, entre otros. En específico, en el caso del comportamiento depresivo se adquiere y mantiene por bajas tasas de refuerzo positivo, altas tasas de refuerzo negativo y castigo. Como afirman Ritschel et al. (2011), la depresión es el resultado de la disminución en los valores de refuerzo positivo y aumento de los niveles de castigo en el contexto que se desarrolle el paciente.

Respecto a las consecuencias del comportamiento, la mayor parte de los autores mencionan que estas se generan por una disminución en el acceso a refuerzos positivos, es decir, situaciones de carácter placentero para el individuo. Ferguson y O'Donohue (2015) sugieren que la correlación entre el estímulo condicionado e incondicionado reduce los registros del comportamiento, que, asimismo, en menor grado da acceso a consecuencias placenteras o refuerzos positivos. Según Kaholokula et al. (2013) existen consecuencias de los problemas conductuales para el paciente, que se presentan en las áreas de ajuste familiar, social, clínica, profesional o legal; por lo que, las consecuencias del comportamiento depresivo, tienen una incidencia en la calidad de vida del individuo.

Los artículos finales revisados indican que es fundamental precisar cuáles son los resultados de las conductas para así llegar al establecimiento de correlaciones entre las variables causales y las variables consecuentes, donde las variables causales están divididas en magnitud

y modo; cada variable causal difiere en el grado en que se puede modificar, estas tienen consecuencias (positivas o negativas) directas en la conducta problema. En un mismo nivel, es importante ver en qué contextos surge la conducta problema y frente a qué situaciones específicas o situaciones provocar estas conductas.

De igual manera, la mayoría de los autores sugieren que las relaciones entre las conductas problema y las variables causales pueden variar según su fuerza (mediante las variables moderadoras), valencia y direccionalidad; además, las variables mediadoras pueden explicar como una variable causal afecta un comportamiento.

A modo de recomendación general, los artículos tienen un consenso frente a la idea de que para la evaluación de las conductas problema se puede hacer uso de las estrategias de variable marcador, observación y la modificación experimental (Haynes et al., 2019).

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión

Año de publicación	Autores	Objetivo	Tamaño del N	Edad promedio	Zona geográfica	Elementos del análisis funcional para depresión
2011	McCauley, Schloredt, Gudmundsen, Martell & Dimidjian	Describir la aplicación de un promotor de tratamiento basado en la evidencia (activación conductual) para la depresión de adolescentes.	1	17	Estados Unidos de América	*Centrarse en la función que el comportamiento depresivo cumple en la vida de un individuo. *La depresión resulta de bajos niveles de refuerzo positivo y altos niveles de castigo en el ambiente. *La evitación es una barrera común para que el comportamiento no depresivo se refuerce positivamente.
2011	Ritschel, Ramirez, Jones & Craighead	Evaluar una versión de BA adaptada para adolescentes deprimidos.	6	15	Estados Unidos de América	*Identificar las variables que causan o mantienen la depresión y elegir cuáles de estas variables podrían modificarse para atenuar la depresión. *La depresión es causada o mantenida por conductas de evitación que son estrategias efectivas de regulación emocional a corto plazo pero que funcionan a largo plazo para interrumpir contingencias ambientales positivas en la vida de una persona, como experimentar actividades agradables o desarrollar un sentido de dominio y competencia.
2011	Southam-Gerow, McLeod, Brown, Quinoy & Avny	Describir las teorías subyacentes al enfoque de TCC, como se han integrado y adaptado para problemas específicos comunes en la adolescencia.	NA	NA	Estados Unidos de América	*Se enfatiza el control que los eventos ambientales ejercen sobre el comportamiento voluntario. *Los comportamientos voluntarios se refieren a los operantes porque son respuestas que operan en el medio ambiente. *El entorno (lo que sucede en relación con el operante) influye en las respuestas que se producen en el futuro. *Los comportamientos operativos aumentan o disminuyen en función de los eventos que ocurren antes o inmediatamente después de ellos. *En general, hay cinco formas en que se influyen los comportamientos operantes: (a) refuerzo positivo, (b) refuerzo negativo, (c) castigo positivo, (d) castigo negativo y (e) ausencia de refuerzo y castigo. *El refuerzo se define como un evento ambiental que conduce a un aumento en el comportamiento. *El castigo se refiere a un evento ambiental que conduce a una disminución en el comportamiento. *Lo positivo se refiere a la adición de un estímulo y negativo se refiere a la eliminación o sustracción de un estímulo. El enfoque principal está en las contingencias de refuerzo: antecedentes, comportamientos y consecuencias como una forma de desarrollar y alterar el comportamiento.
2013	Keawāimoku Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes & Gavino	Mostrar la información que debe recogerse para realizar el análisis funcional de un caso clínico, las características que debe poseer dicha información, cómo pueden integrarse los datos disponibles y cómo se pueden representar gráficamente los juicios clínicos para que ayuden en la elección del tratamiento.	NA	NA	Estados Unidos de América	El enfoque de evaluación conductual y los componentes del análisis funcional son: 1. Los problemas de comportamiento y/o los objetivos de tratamiento. 2. La importancia relativa de los problemas u objetivos de tratamiento. 3. La forma de las relaciones funcionales entre los problemas de comportamiento. 4. La fuerza de las relaciones funcionales entre los problemas. 5. Los efectos de los problemas de comportamiento. 6. Variables causales. 7. La modificabilidad (utilidad clínica) de las variables causales. 8-9. Fuerza, valencia y direccionalidad de la relación funcional entre variables causales y problemas de conducta. 10-11. La forma y la fuerza de las relaciones entre las variables causales. 12-15. Tipos adicionales de variables y relaciones causales. 16. Cadenas de variables causales. 17. Fuerza, valencia y dirección de las relaciones funcionales.
2015	Hellerstein, Erickson, Stewart, McGrath, Hunnicutt-Ferguson, Reynolds, O'Shea, Chen, Withers & Wang	Adaptar y probar la terapia de activación conductual con el objetivo de regresar al trabajo (BA-W) en sujetos con depresión crónica que habían respondido al tratamiento con medicamentos pero que permanecieron desempleados.	16	43,7	Estados Unidos de América	En la depresión se identifican: *Para los comportamientos depresivos, una mayor tasa de refuerzo. *Para los comportamientos no depresivos y saludables, una menor tasa de refuerzo.
2015	Ferguson & O'Donohue	Proporcionar una descripción general de las terapias de segunda y tercera ola.	NA	NA	Estados Unidos de América	*Las personas depresivas experimentan síntomas anímicos y se comportan de manera depresiva (por ejemplo, llanto, irritabilidad e hipersomnolencia) cuando hay muy poco refuerzo positivo y demasiado refuerzo negativo (o castigo). *Específicamente, las contingencias negativas tienden a reducir los repertorios de comportamiento que, a su vez, resultan en menos oportunidades de acceder a refuerzos positivos o, en el lenguaje común, "eventos agradables". *El comportamiento exploratorio disminuye en frecuencia bajo estas contingencias prevalenciales. *Se puede suponer que los síntomas del estado de ánimo se deben en parte al aumento de las tasas de refuerzo negativo (y castigo) y la disminución del acceso a refuerzo positivo. *Las personas deprimidas experimentan tasas bajas de reforzadores positivos contingentes a la respuesta. *Hay varias vías por las cuales esto podría ocurrir. Primero, el entorno podría simplemente cambiar de tal manera que el refuerzo se vuelva menos disponible. Dos, los reforzadores pueden perder su efectividad con el tiempo. Tres, aunque el refuerzo todavía está disponible, el comportamiento del individuo pierde potencia al acceder a él, especialmente en el contexto de acuerdos competitivos.
2017	Szczepanik, Furey, Nugent, Henter, Zarate & Lejuez	Evaluar los componentes de "me gusta" y "quierer" de la anhedonia en los participantes con MDD y controles sanos.	44	33,6	Estados Unidos de América	*Los participantes de MDD identifican menos actividades como agradables que los controles saludables. *La personas con MDD identifican menos reforzadores. *El rango hedónico de los participantes de MDD es más estrecho que el de los controles sanos, *Se consideran menos actividades como potencialmente reforzadoras y más actividades se consideran aversivas. *Las personas con MDD son más lentas para evitar las palabras de estímulo "no me gusta" que las palabras de estímulo "me gusta".
2017	Quigley & Dobson	Revisar la historia de los modelos conductuales de depresión, los principios clave de las terapias contemporáneas de activación conductual y los resultados asociados con estos tratamientos.	NA	NA	Canadá	*Las personas deprimidas participan en conductas de evasión y evasión aumentadas y mostraban menos conductas que resultaban en un refuerzo positivo. *Se hace hincapié en la importancia de la función en lugar de la forma abierta de comportamiento en términos de comprensión de la depresión. *En función de la falta o reducción de los reforzadores ambientales adecuados y / o la incapacidad del individuo para obtener esos reforzadores, el individuo recibe un refuerzo positivo bajo por su comportamiento. *El comportamiento saludable se extingue por la falta de refuerzo, y el comportamiento del individuo se vuelve cada vez más restringido y pasivo, lo que reduce las oportunidades futuras de refuerzo positivo.
2019	Haynes, O'Brien & Keawāimoku Kaholokula	Describir y defender estrategias de evaluación psicológica que: (1) utilicen las mejores estrategias disponibles de medición y juicio clínico basadas en la evidencia; (2) reflejan la naturaleza del comportamiento dependiente del contexto, condicional y multimodal; (3) atender las relaciones funcionales asociadas con el cambio de comportamiento; (4) son sensibles a la diversidad y las diferencias individuales entre los clientes; (5) capturar la naturaleza dinámica del comportamiento y las relaciones funcionales; y (6) promover enfoques de medición directos y mínimamente inferenciales.	NA	NA	Estados Unidos de América	El procedimiento para realizar análisis funcional es: Paso 1: Obtenga el consentimiento informado. Paso 2: Evaluar la necesidad de derivación y la seguridad. Paso 3: Identifique los comportamientos objetivo y los objetivos del tratamiento. Paso 4: Especifique los modos de respuesta de comportamiento objetivo. Paso 5: Especifique las dimensiones de comportamiento objetivo. Paso 6: Estimar la importancia del comportamiento objetivo. Paso 7: Identifique los efectos del comportamiento objetivo. Paso 8: Identifique las relaciones de fuerza y dirección entre los comportamientos objetivo. Paso 9: Identificar variables causales. Paso 10: Estimar la modificabilidad de las variables causales. Paso 11: Estime la fuerza y dirección de las relaciones entre las variables causales y los comportamientos objetivo. Paso 12: Estime la fuerza y dirección de las relaciones causales entre las variables causales. Paso 13: Identificar posibles variables de moderador y mediador.

Validación de la GPC de AF para población con TDM

Para la validación de contenido de la GPC se buscó y seleccionó un grupo de profesionales que cumplieran con las características descritas en el apartado de participantes. Posteriormente, se hizo la invitación a cada uno de los jueces mediante una carta, enviando la documentación necesaria para la evaluación a quienes aceptaran, diez en total. De estos, seis fueron expertos en el campo clínico y cuatro en análisis del comportamiento. A continuación, se muestran los datos de la evaluación realizada a cada categoría, mediante los criterios de esencial, importante, aunque no indispensable y no necesario:

En la Tabla 2 se muestra el cálculo de la Razón de Validez de Contenido para cada una de las cuatro categorías de la GPC, teniendo en cuenta la frecuencia

de acuerdos entre jueces en el criterio “esencial” y el resto de los criterios se consideran como “no acuerdos”. De acuerdo con la modificación del modelo de CVR de Lawshe (1975), propuesta por Tristán-López (2008), valores superiores a 0.5823 son aceptables para la Razón de Validez de Contenido y para el Índice de Validez de Contenido (CVI) de la GPC en su totalidad. Los valores se encuentran en un rango entre -1 y 1.

En la categoría 1 se obtuvieron diez calificaciones de esencial, resultando en un valor de CVR de 1, siendo aceptable para la GPC. En las categorías 2, 3 y 4 se obtuvieron nueve calificaciones de esencial, resultando en un valor de CVR de 0,8, siendo aceptables para la GPC. Una vez calculados los valores de CVR de cada categoría se consigue el Índice de Validez de Contenido, el cual es de 0,85, lo que indica que el conjunto de categorías de la GPC es aceptables.

Tabla 2. Cálculo de CVR y CVI

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10	CVR
Categoría 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1
Categoría 2	x	x	x	x	x	x	x	x		x	0,8
Categoría 3	x		x	x	x	x	x	x	x	x	0,8
Categoría 4	x		x	x	x	x	x	x	x	x	0,8
										CVI	0,85

Discusión

Este estudio tenía como objetivo establecer el diseño y la validez de contenido de una Guía de Práctica Clínica de Análisis Funcional para población con trastorno depresivo mayor. Para cumplir con este objetivo se diseñó y elaboró la Guía a partir de una revisión sistemática de la literatura, de la cual se extrajeron las recomendaciones primordiales para realizar AF en población con trastorno depresivo mayor, esto concuerda con lo planteado por Álvarez et al. (2014), Ministerio de Salud y Protección Social (2014) y World Health Organization (2014), que indican que la guías estándar deben recoger sugerencias novedosas y existentes acerca de una temáti-

ca de interés para las áreas ‘clínica’ y ‘política’. Una vez redactada la versión final, se hizo la revisión y evaluación de la Guía de Práctica Clínica por parte de jueces expertos en las áreas de interés, de las que surgieron retroalimentaciones que fueron implementadas posteriormente, logrando así, de acuerdo con el modelo de Lawshe (1975), con modificación propuesta por Tristán-López (2008), establecer un índice aceptable en su validez de contenido.

La Guía de Práctica Clínica se desarrolló en un periodo de 18 meses en los que se realizaron actividades como una revisión sistemática de la evidencia y reuniones del grupo que desarrolla la GPC, esto coincide con lo propuesto por la World Health Organization (2014),

que estima que el rango para la elaboración de las guías estándar es de nueve a veinticuatro meses y con lo formulado por Álvarez et al. (2014), McQuaid et al. (2019) y el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2013), quienes realizaron revisiones sistemáticas de la literatura como base de la construcción de Guías de Práctica Clínica para depresión.

En cuanto a la estructura de la GPC, se encuentra que la inclusión de la categoría 3 de evaluación conductual con análisis funcional (comprende definiciones y procedimientos), concuerda con lo propuesto por Zanón Orgaz et al. (2016), al incluir descripciones de las clases de aprendizaje en una guía para elaborar Análisis Funcional del Comportamiento Humano. También se encuentra que la incorporación de la categoría 4 de recomendaciones para AF en población con TDM (recoge sugerencias de elaboración como la identificación de conductas problema, antecedentes, consecuencias y relaciones funcionales), coincide con lo expuesto por Jacobson et al. (2001), Lejuez et al. (2001) y Zanón Orgaz et al. (2016), quienes plantean realizar la evaluación de la depresión mediante análisis funcional del comportamiento, determinando las respuestas depresivas y los factores contextuales que pueden influir como disparador o mantenedor de las mismas.

Se puede concluir que, dado el índice de validez de contenido obtenido, la Guía de Práctica Clínica es válida para realizar AF en población con trastorno depresivo mayor, y puede ser usada por profesionales y practicantes de psicología. Además, se concluye que, de acuerdo con las categorías de la GPC, los procedimientos para realizar análisis funcional en TDM, corresponden a la tradición teórico-práctica del enfoque conductual en psicología. Adicionalmente, esta Guía aporta a la solución de una problemática pública de significancia social que facilitará la toma de acciones dirigidas al bienestar de los individuos y sus comunidades, dado el escaso número de guías para la detección, el diagnóstico, la evaluación y el análisis de la depresión en Colombia.

Se encuentran como limitaciones del estudio la reducida disponibilidad de información respecto al AF para población con TDM en bases de datos internacionales, expertos en el área de análisis funcional y del comportamiento, y las restricciones que impone el formato

de evaluación de jueces para obtener una valoración más detallada de las categorías de la GPC.

Finalmente, se sugiere para futuras investigaciones realizar paneles de jueces expertos que permitan contextualizar, valorar y controvertir las consideraciones de los evaluadores en tiempo real; implementar un formato de evaluación por jueces, como el propuesto por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), que permita obtener información sobre la suficiencia, la claridad, la coherencia y la relevancia de las categorías del instrumento, y diseñar y validar Guías de Práctica Clínica que examinen el uso del AF en otros trastornos con mayor prevalencia o que involucre procedimientos de aprendizaje complejos.

Referencias

- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., De las Heras, E., Louro, A., Rodríguez-Arias, J., & Triñanes, Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5)* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, C. (2007). Functional Assessment with Clinical Populations: Current Status and Future Directions. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 455-472). Academic Press.
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- 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: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(1), 23-50.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.

- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Didden, R. (2007). Functional Analysis Methodology in Developmental Disabilities. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 65-86). Academic Press.
- Domjan, M. (2019). *Fundamentos del condicionamiento y el aprendizaje*. El Manual Moderno.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*, 6, 27-36.
- Ferguson, K. E., & O'Donohue, W. (2015). Behavior Therapy: The Second and Third Waves. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 431-436). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21090-8>
- Froxán, M. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Kaholokula, J. K. (2019). Behavioral assessment of adults in clinical settings. En *Handbook of Psychological Assessment* (pp. 461-501). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802203-0.00015-8>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70013-6)
- Kim, Y.-K. (Ed.). (2021). *Major Depressive Disorder: Rethinking and Understanding Recent Discoveries* (Vol. 1305). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0>
- Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S., Young, T., Louw, Q., Ochodo, E., & Grimmer, K. (2016). Guide to clinical practice guidelines: The current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 122-128. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv115>
- Lam, R. W. (2012). *Depression* (Third edition). Oxford University Press.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Li, Z., Ruan, M., Chen, J., & Fang, Y. (2021). Major Depressive Disorder: Advances in Neuroscience Research and Translational Applications. *Neuroscience Bulletin*, 37(6), 863-880. <https://doi.org/10.1007/s12264-021-00638-3>
- McQuaid, J., Lin, E., Barber, J., Breland-Noble, A., Cuijpers, P., Greenberg, L., Jones, V., Kessler, M., Mufson, L., Nezu, A., Reynolds, C., Scogin, F., Bufka, L., Halfond, R., & Kurtzman, H. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2006). *Ley 1090*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66205
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución Número 8430*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*. <http://gpc>.

- minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 7.
- Moscoso, M. (2014). Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Liberabit*, 20(1), 29-39.
- Nedic Erjavec, G., Sagud, M., Nikolac Perkovic, M., Svob Strac, D., Konjevod, M., Tudor, L., Uzun, S., & Pivac, N. (2021). Depression: Biological markers and treatment. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 105, 110139. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110139>
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., O'Brien, W., Haynes, S. N., & Kaholokula, J. K. (2015). Behavioral Assessment and the Functional Analysis. En C. M. Nezu & A. M. Nezu (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxford-hb/9780199733255.013.001>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros estados mentales comunes*.
- Pellón, R., Miguéns, M., Orgaz, C., Ortega, N., & Pérez, V. (2014). *Psicología del aprendizaje*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2016). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. 28(2), 73-98.
- Restrepo-Arango, M., Sánchez-Díaz, E., Vélez-Peláez, M., Marín-Cárdenas, J., Martínez-Sánchez, L., & Gallego-González, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: Una mirada genética. *Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. <https://doi.org/doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral Activation for Depressed Teens: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.002>
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51-71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Skinner, B. (1979). *La conducta de los organismos*. Fontanella S.A.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquín, M., & Doran, E. (2007). Operant and Respondent Behavior. En P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 23-50). Academic Press.
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6(1), 37-48.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., & Nieto-Moreno, M. (2014). La evaluación de la depresión en adultos. En *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (V. Caballo, pp. 96-129). Ediciones Pirámide.
- Vidal, M., Oramas, J., & Borroto, R. (2015). Revisiones sistemáticas. *Educación Médica Superior*, 29(1), 198-207.
- World Health Organization. (2014). *WHO handbook for guideline development*. (2da ed.). WHO publications.
- Yoman, J. (2008). A Primer on Functional Analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 325-340. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.002>
- Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T., Luque González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda Rubio, E., Morales Pillado, C., García Tabuyo, M., & Márquez-González, M. (2016). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Centro de Psicología Aplicada- Universidad Autónoma de Madrid.
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>