

## RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Artículo para optar por el título de ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS
2. **TÍTULO:** APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO BREVE DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (BATD-R) A UN CONSULTANTE QUE CUMPLE CRITERIOS DE DEPRESIÓN
3. **AUTORES:** Derly Katherine pineda Muñoz, Ángela Milena Vega Ruíz, Rocío del Pilar Villamil Huertas
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C
5. **FECHA:** Febrero 2019
6. **PALABRAS CLAVE:** Depresión, Activación Conductual, Terapia de Tercera Generación, Análisis del Comportamiento, Estudio de Caso
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** Este estudio presenta un caso caracterizado por conductas depresivas y abordadas con Activación Conductual desde el modelo de Lejuez, Hopko, y Hopko (2001). Participó una mujer adulta con patrones comportamentales de evitación y obtención de ganancias secundarias, en ambiente familiar y social. Se utilizó un diseño de caso único de retirada tipo A-B y su procedimiento presenta fases de evaluación, formulación de caso y el tratamiento, que se utilizó como medida fue el inventario para la depresión de Beck
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACION:** Línea de Investigación de la USB: Procesos emocionales y afectivos
9. **METODOLOGÍA:** Este estudio posee un diseño de caso único de retirada tipo A-B, el cual permitirá establecer el efecto de la intervención sobre las conductas objetivo de la investigación. Según Barlow y Hersen (1988), en el diseño A-B se debe delimitar con claridad la conducta objetivo y se efectúan medidas repetidas de la misma durante las fases de A y B. En la fase A se realizó observación y registro de las conductas sin la presencia del tratamiento, lo que, si sucede en la fase B, donde con la presencia de este, se observa y registran los datos que determinaran el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente. se aplicó el inventario para la depresión de Beck en el cual se obtuvo un rango moderado. Y en la fase de intervención se utilizó Manual Revisado para Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R)
10. **CONCLUSIONES:** Este estudio presentó un caso de una mujer adulta con patrones comportamentales asociados a depresión y caracterizados por su función evitativa y de búsqueda de ganancias secundarias. El caso fue abordado con el Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R) de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, y Pagoto (2011). Los resultados de la Aplicación del BATD-R no denotan cambios significativos en la frecuencia y duración de las actividades de disfrute e importancia de la consultante, entre la fase de línea de base y la fase de intervención. Aunque los cambios no se establecen como significativos, debido a que la estabilidad de los datos en la fase de intervención, se mantienen dentro del mismo nivel de estabilidad de los datos en la fase de línea de base, se presentó en las dos unidades de medida (frecuencia y duración) de las dos conductas objetivo (disfrute e importancia) un leve aumento sin significancia clínica hacia el final de la intervención

**Aplicación del Tratamiento Breve de Activación Conductual (BATD-R) a un  
consultante que cumple criterios de depresión**

Derly Katherine Pineda Muñoz

Ángela Milena Vega Ruíz

Rocío Del Pilar Villamil Huertas

Asesor: Darío Nieto Capador

Universidad de San Buenaventura Sede Bogotá

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Especialización en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis

Estudiantes de segundo semestre del Programa de Especialización en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá. Informe del ejercicio de investigación. La correspondencia concerniente a este documento puede ser enviada a Derly Katherine Pineda Muñoz. E-mail: dkapi7@hotmail.com

**Tabla de Contenido**

**Resumen, 3**

**Introducción, 4**

**Método, 12**

    Participante, 12

    Diseño del estudio, 13

    Procedimiento, 14

**Consideraciones éticas, 17**

**Resultados, 18**

**Discusión, 21**

**Referencias, 24**

### Resumen

Este estudio presenta un caso caracterizado por conductas depresivas y abordadas con Activación Conductual desde el modelo de Lejuez, Hopko, y Hopko (2001). Participó una mujer adulta con patrones comportamentales de evitación y obtención de ganancias secundarias, en ambiente familiar y social. Se utilizó un diseño de caso único de retirada tipo A-B y su procedimiento presenta fases de evaluación, formulación de caso y tratamiento, se utilizó como medida el inventario para la depresión de Beck en el cual se obtuvo un rango moderado. No se identifican cambios significativos en la frecuencia duración de las actividades de disfrute e importancia de la consultante, entre la línea de base y la intervención. Aunque se encontró en la prueba estandarizada (BDI-II) datos que denotan mejora clínica a rangos normales e inclusive ausencia de depresión. Este estudio arrojó resultados donde la aplicación del BATD- R denota el cumplimiento del objetivo establecido, sin embargo no se logró cambios significativos en el aumento de la presentación de frecuencia y duración de actividades de disfrute; por otro lado en relación con las medidas obtenidas de la aplicación del Inventario para la Depresión de Beck se percibió un cambio significativo en cuanto a la disminución de la depresión. Estos hallazgos se relacionan con las limitaciones encontradas tales como debilidad en la adherencia al tratamiento por parte de la consultante, debido a que este protocolo requiere de una gran dedicación, rigurosidad en la toma de los datos, lo que implica que la paciente tenga claridad sobre las implicaciones del bienestar personal, aspecto infravalorado en el contexto Colombiano.

*Palabras clave:* Depresión, Activación Conductual, Terapia de Tercera Generación, Análisis del Comportamiento, Estudio de Caso.

### **Aplicación del Tratamiento Breve de Activación Conductual (BATD-R) a un consultante que cumple criterios de depresión**

La depresión se ha definido como un trastorno mental, caracterizado por un cambio significativo y prolongado en el comportamiento, mayor a dos semanas, en el que un individuo presenta ánimo bajo o desinterés hacia acciones que anteriormente encontraba agradables (American Psychiatric Association, 2014).

Este cambio significativo en el comportamiento se mantiene debido a 1. porque el acceso al refuerzo de comportamientos contrarios a los depresivos, es reducido o no se presenta, y 2. el comportamiento depresivo genera altas tasas de reforzamiento (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001).

Según la American Psychiatric Association (2014), los seres humanos pueden presentar depresión al cumplir con criterios como: a) Bajo estado de ánimo la mayor parte del tiempo, reducción considerable del interés o disfrute por el total o la mayoría de actividades, importante disminución o incremento de peso no racionado a régimen alimenticio, aumento o disminución de sueño, inquietud o enlentecimiento motor, cansancio o pérdida de fuerza, sensación de incapacidad o excesiva culpa, reducción de la competencia para razonar y prestar atención, o para realizar elecciones, presencia frecuente de ideas, planeación o intentos de auto lesión; b) La sintomatología causa desajuste con relevancia clínica en diferentes áreas de funcionamiento; c) Este evento no se da como resultado de la interacción con una sustancia o consecuencia de una condición médica; d) Este evento no es mejormente explicable por algún trastorno del espectro de la

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, e) No se ha presentado nunca un evento maníaco o hipomaníaco, por dos semanas.

A lo largo de los años de estudio de la depresión, han surgido diversas explicaciones sobre el desarrollo de este problema del comportamiento. Las principales explicaciones reportan la presencia de factores genéticos, biológicos y ambientales, de manera independiente o conjunta, esta última siendo posible al no ser excluyentes entre ellos (Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2016).

En relación a los factores genéticos se han identificado cerca de doscientos genes asociados a la depresión, dentro de los que resaltan por ser reportados en la investigación científica con mayor significancia los genes 5HTTP / SLC6A4, APOE, DRD4, GNB3, HTR1A, MTHFR, y SLC6A3. En cuanto a los factores biológicos se han reportado alteraciones en hormonas, citosinas y neurotransmisores que conducen a cambios en las estructuras y funciones del Sistema Nervioso Central, inmunológico y endocrino. Finalmente, respecto a los factores ambientales se ha encontrado que los cambios en el contexto, tales como situaciones estresantes, conllevan al aumento de probabilidad de presentar un episodio o trastorno depresivo en el futuro, en algunos casos presentando cambios funcionales y estructurales en áreas específicas del cerebro, posterior al evento estresante (Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2016).

Lejuez, Hopko y Hopko (2001) manifiestan que la génesis de la depresión puede estar vinculada con la ocurrencia de eventos estresantes en la vida de los individuos tales como la pérdida de un ser querido, del empleo o dificultades económicas, estos autores

hacen referencia a otras investigaciones las cuales menciona que los inicios de la depresión varían en el individuo según su comportamiento biopsicosocial.

Estas explicaciones han servido como base teórica para el desarrollo de tratamientos farmacológicos y psicológicos, los cuales son utilizados para la mejoría comportamental en el trastorno depresivo. Los tratamientos farmacológicos para la depresión o antidepresivos actúan en diferentes mecanismos de cambio en el organismo, y estos determinan la clase del fármaco, dentro de los que se encuentran a) inhibidores selectivos de la recaptura de 5-HT (SSRIs: fluoxetina, citalopram) o de la NA (NSRIs: desipramina, reboxetina); b) de ambas monoaminas (tríclicos: imipramina, nortriptilina) e c) inhibidores de la MAO-A (tranilcipromina, selegilina) (Cruzblanca-Hernández, Lupercio-Coronel, Collas-Aguilar & Castro-Rodríguez, 2016)

Vilela, Martínez, Andrade y Lahera (2017) expresan que el tratamiento para la depresión es efectivo dependiendo de la forma en que se administra, para ellos la primera línea de tratamiento son los antidepresivos para atender episodios leves y moderados de la depresión, sin embargo, es importante tener en cuenta al momento de la elección del fármaco aspectos como lo profundo de la sintomatología, la comorbilidad, la medicación concomitante y la respuesta al tratamiento personal o familiar como antecedente. Además, expresan que el uso de antidepresivos debe ir acompañado por una psicoeducación al paciente para así lograr la adherencia al tratamiento.

Los tratamientos psicológicos para la depresión se encuentran enmarcados por la generación de terapia de comportamiento en la que se desarrolló, estas principalmente se encuentran en la segunda y tercera generación. Uno de los tratamientos para la depresión más reconocidos es la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Beck para la Depresión, esta es una terapia estructurada y centrada en el problema que hace énfasis en la identificación,

el monitoreo, el registro y la modificación de pensamientos y creencias mal adaptativas, con el fin de alterar las cogniciones y creencias del individuo (Lambert & Harmon, 2015).

Así mismo, se encuentran la Terapia Racional Emotiva Conductual, el Entrenamiento en Resolución de Problemas, Habilidades Sociales y de Afrontamiento, la Psicoterapia Interpersonal para la Depresión, la Terapia en Autocontrol, la Terapia Centrada en la Emoción, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Atención Plena aplicada individualmente o combinada con otras técnicas (Lambert & Harmon, 2015).

Estas terapias han sido ampliamente estudiadas, pero dentro de las estrategias con mayor soporte empírico para el tratamiento de la depresión, se encuentra la Activación Conductual (BA por sus siglas en inglés) (Barraca, 2016). Esta es un tratamiento centrado en aumentar la frecuencia y calidad de las actividades placenteras de los consultantes, con el fin de recobrar el control de sus vidas y mejorar su estado de ánimo. En la BA, el costo de respuesta de las actividades que conllevan a consecuencias placenteras aumenta conforme se evidencian mejoras significativas en el comportamiento del paciente, disminuyendo así, la probabilidad de recaídas por contacto con ambientes asociados a castigo (Lambert & Harmon, 2015).

De acuerdo a Bianchi y Henao (2015) la activación conductual tiene su génesis con el estudio de Jacobson et al (1996), cuyo objetivo era proporcionar una prueba experimental de la teoría del cambio planteada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), para explicar la eficacia de la TCC para la depresión, de este concluyeron que no existe evidencia de que la TCC de Beck sea más eficaz que el componente conductual de planeación de actividades o alguno de los otros componentes que conforman la terapia, inclusive se halló que la planeación de actividades tenía la misma eficacia que la versión completa de la TCC (Addis et al, 1996).

Este descubrimiento llevó al desarrollo de dos vertientes de estudio de la BA, la primera de ellas denominada Activación Conductual de Jacobson, Martell y Dimidjian (2001), en la que se busca la modificación de los comportamientos evitativos y la aproximación fuentes de refuerzo. La segunda vertiente llamada Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) de Lejuez, Hopko, y Hopko (2001), basada en la generación de patrones de comportamiento saludables, al tener acceso a fuentes de refuerzo, mediante la programación de actividades de valor para cada persona.

De acuerdo a Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2003), esta segunda vertiente ha mostrado mayor eficacia en estudios aleatorizados con personas institucionalizados que cumplen criterios de depresión, y ha ofrecido mejoras significativas del comportamiento, por encima de la intervención psicológica de apoyo brindada a población psiquiátrica con depresión.

El BATD-R consta aproximadamente de 10 sesiones, en las tres primeras sesiones se discute con el paciente el significado de depresión, se introduce a la explicación del tratamiento, se entrena al paciente para monitorear y registrar sus actividades cotidianas, (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). A partir de la cuarta sesión se identifica, evalúa, jerarquiza, planea y se realiza actividades reforzantes de acuerdo a lo que es importante para cada persona, las cuales conducirán al cambio comportamental en pro del bienestar.

El BATD-R se ha aplicado en diferentes poblaciones con depresión y otras problemáticas comórbidas, a continuación mostraremos algunos de ellos, en los cuales fue aplicada esta técnica.

Estudios como el de Hopko, Lejuez, y Hopko (2004) cuyo objetivo fue describir un caso de un hombre de 28 años en el que la ansiedad y la depresión coexistenten, y en el que se aplicó el BATD-R, se encontró en las pruebas estandarizadas aplicadas que después de

las diez sesiones de Activación Conductual, el paciente mostró significativas disminuciones en la ansiedad reportada y los síntomas depresivos y la calidad de vida.

Gamero, Oñate, y Vucinovich (2011) realizaron un estudio describiendo el tratamiento de un trastorno depresivo en un hombre de 45 años trabajador del sector agrícola con un diagnóstico de esquizofrenia, en el que se halló en las pruebas psicológicas utilizadas posteriormente a la aplicación de la BATD-R, mejoría significativa de los comportamientos depresivos, llegando a no cumplir con criterios para episodio depresivo y mejorando la sintomatología psicótica.

De igual manera en un estudio de Daughters, Sargeant y Hopko (2008) probaron la eficacia de integrar la BATD-R para la depresión en el tratamiento estándar de 44 pacientes hospitalizados por abuso de sustancias y con síntomas leves o moderados de depresión. Los resultados de la intervención evidenciaron mejoras significativas, reportadas en las pruebas utilizadas, en el grupo que acompañó el tratamiento habitual para el consumo de sustancias con Activación Conductual breve.

En otro estudio de MacPherson et al., (2010) dirigido a 68 fumadores adultos con síntomas depresivos levemente elevados, se examinó si el BATD-R puede disminuir las respuestas de fumar, encontrando en las pruebas estandarizadas que los tiempos de abstinencia del consumo aumentaron y los síntomas depresivos disminuyeron.

La BATD-R también ha sido estudiada en población universitaria, como se evidenció en el estudio de Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009) donde se identificó la eficacia del BATD-R sobre los síntomas depresivos moderados de 30 personas de esta población, encontrando reducciones significativas en la sintomatología y una mayor recompensa ambiental en las medidas pos tratamiento.

Asimismo, se ha estudiado el efecto de la BATD-R en población con cáncer diagnosticada con depresión (Hopko et al., 2011; Ryba, Lejuez, & Hopko 2014; Fernández et al., 2011), encontrando que el cumplimiento de las actividades terapéuticas propias de la Activación conductual, conlleva a mejoras clínicamente significativa en la sintomatología depresiva con mantenimiento a largo plazo.

Igualmente la efectividad de BATD-R ha sido verificada en modalidad grupal, como sucedió en el estudio de Sánchez, Soto, Vega y Ribas (2011), donde se evaluó el efecto del BATD-R modalidad grupal en un grupo de 8 pacientes ambulatorios, sobre la sintomatología depresiva; encontrando que las puntuaciones pre-pos de las pruebas estadística aplicadas indicaron una reducción estadísticamente significativa de los síntomas depresivos, a la vez que aumentaban las acciones direccionadas a conseguir fuentes de valor para cada persona.

Pero en contraste con estos resultados anteriormente mencionados, algunos estudios han presentado hallazgos contradictorios en la aplicación del BATD-R, como en Nieto y Zambrano (2014) cuyo objetivo fue identificar el efecto del BATD-R sobre la frecuencia de actividades de disfrute e importancia de 3 consultantes con sintomatología depresiva, encontrando que no que no existieron cambios significativos tras la implementación de la intervención en contraste con líneas de base en las conductas objetivo de la investigación. Pero en este mismo estudio, paradójicamente los resultados de las pruebas estandarizadas aplicadas (BDI-II y Escala de Zung) denotaban mejora clínica a rangos normales e inclusive ausencia de depresión.

Estos hallazgos se apoyan en los resultados del estudio de Acuña (2011) cuyo objetivo fue identificar los efectos de la BA sobre la actividad física, la actividad recreativa y la percepción de satisfacción en tres pacientes renales; encontrando un efecto de mejora

sobre la actividad física y recreativa, pero en cuanto a la percepción de satisfacción no se hallaron variaciones clínicamente significativas en las diferentes fases del proceso, inclusive encontrando una percepción desfavorable simultánea con el aumento de actividades de valor.

Estos hallazgos además retoman una discusión reiterada en algunas áreas de la psicología como lo es el análisis del comportamiento, respecto a lo que los humanos dicen en correspondencia a lo que hacen (i.e. correspondencia decir-hacer) (Luciano, 1993; Herruzo & Luciano, 1994; Rodríguez, 2000; Perez, 2017).

Frente a esta perspectiva y ante el incremento significativo en la ocurrencia de la depresión como trastorno del comportamiento a lo largo de los últimos años en Colombia, de 17.711 en el año 2009, a 36.584 en año 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), se hace relevante la toma de medidas sanitarias para el control de este fenómeno, medidas como la implementación de modelos terapéuticos que cuenten con apoyo empírico y que sean eficaces en la reducción de la sintomatología depresiva, sin generar mayor costo a nivel estatal, como es el caso de la activación conductual (Pérez, 2007).

En el caso de la activación conductual como tratamiento de la depresión, se encuentran limitadas la investigación a nivel nacional. De aquí la relevancia de este estudio a nivel empírico, cuyo objetivo es identificar los efectos de un tratamiento breve de activación conductual sobre la frecuencia y duración de las conductas que generan bienestar y que son opuestas a las depresivas, ese estudio se realizó con un consultante debido a la disponibilidad de casos. Sus resultados permitirán el crecimiento y consolidación del campo de análisis y modificación del comportamiento a nivel aplicado en Colombia.

## **Método**

### **Participante**

La consultante es una mujer de 51 años de edad, proveniente de la ciudad de Bogotá, divorciada hace 8 años, con 1 hijo varón, de profesión diseñadora industrial y ocupación trabajadora independiente. Es la menor de 6 hermanos con los que sostiene una relación distante en general, con 2 de ellos la comunicación es poco frecuente, y hay conflictos constantes con los otros tres hermanos, lo que la consultante atribuye al hecho de que sus hermanos han sostenido relaciones laborales entre ellos con resultados negativos, los han distanciado aún más. Contrariamente sucede con su madre de 87 años con quien mantiene contacto frecuente y de calidad, pues hay comunicación constante por medios electrónicos y algunos encuentros en persona cada mes, sin embargo, los repertorios de comunicación afectiva con su madre son escasos dado que la consultante reporta diferir en varios aspectos con ella. Su núcleo familiar actual está conformado por su hijo de 17 años de edad con quien según la consultante reporta que tiene una relación adecuada, es una relación de confianza y seguridad. Aún mantiene contacto con su exesposo, la relación es percibida como altamente conflictiva, eligiendo limitar la comunicación con él.

La paciente llega a consulta refiriendo haber buscado terapia psicológica hace largo tiempo, con el fin de revisar la relación con su exesposo. Indica sentirse bloqueada, angustiada, estancada, y en algunas ocasiones veces insegura, al no tener un ingreso económico fijo que le permita cubrir sus gastos y los de su hijo.

Su funcionamiento actual se ve afectado por constantes dificultades para conciliar el sueño, reportes recurrentes de estado de ánimo bajo durante el día e identifica que sus hábitos alimenticios se han modificado, sintiendo necesidad constante por comer. Comenta que ha presentado ideación suicida en múltiples ocasiones sin un plan determinado o intento previos.

La consultante en su infancia y adolescencia estuvo expuesta a nivel familiar a un ambiente caracterizado por conflictos constantes entre sus padres, donde la resolución de problemas tenía un estilo evitativo, al dejar que pasara el tiempo sin dialogar sobre las problemáticas. Este estilo evitativo fue utilizado en general por la consultante en sus relaciones durante su vida adulta, es especial en la relación con sus parejas, sin ser la excepción su antiguo matrimonio. Durante los cuatro años de duración de esta relación se presentaban conflictos constantemente, según refiere la paciente por los comentarios ofensivos e invalidantes de su pareja, frente a lo cual ella se distanciaba, limitaba la comunicación y evitaba así la expresión emocional. En la actualidad, el proceso legal de divorcio se encuentra incompleto, lo que limita a la consultante a tomar decisiones económicas, ya que la separación llevo consigo la terminación de la empresa que tenían juntos, trayendo dificultades económicas a su vida las cuales se han mantenido hasta el día de hoy.

### **Diseño del estudio**

Este estudio posee un diseño de caso único de retirada tipo A-B, el cual permitirá establecer el efecto de la intervención sobre las conductas objetivo de la investigación.

Según Barlow y Hersen (1988), en el diseño A-B se debe delimitar con claridad la conducta objetivo y se efectúan medidas repetidas de la misma durante las fases de A y B. En la fase A se realizó observación y registro de las conductas sin la presencia del tratamiento, lo que, si sucede en la fase B, donde con la presencia de este, se observa y registran los datos que determinaran el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente.

### **Procedimiento**

El procedimiento de este estudio se llevó a cabo en tres fases, de acuerdo a las necesidades clínicas de la consultante. Una primera fase de evaluación, una segunda fase de formulación del caso y una tercera y última fase de tratamiento.

### **Evaluación del caso**

La evaluación del caso se realizó en tres sesiones en las que abordaron temáticas relacionadas con la problemática actual, como la relación con su exesposo y hermanos, las dificultades económicas familiares, el desarrollo histórico de los comportamientos desadaptativos y las estrategias implementadas para la resolución de la problemática.

Se utilizaron estrategias de evaluación y validación de información tales como la entrevista conductual, observación en sesión de conductas clínicamente significativas, autoregistros de conducta, cuestionario de datos personales y análisis funcional, además una prueba estandarizada para identificar el cumplimiento de criterios de depresión antes y después del tratamiento, la cual fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).

Mediante la utilización de estas estrategias de evaluación se identificaron patrones de comportamiento problema y variables mantenedoras en la actualidad, e históricamente se hallaron factores de vulnerabilidad, adquisición y precipitantes. Adicionalmente y con el fin de controlar las variables que pudieran intervenir en el cambio comportamental de la consultante, se identificó mediante entrevista que en la actualidad no se presenta ideación, planeación o intentos suicidas, no existe consumo de sustancias psicoactivas o medicadas y no se presentan enfermedades crónicas, patológicas o discapacidades cognitivas que influyan sobre su estado de ánimo.

### **Formulación clínica del caso.**

Para la fase de formulación clínica del caso se implementó el modelo de Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2011) el cual es un modelo basado en una perspectiva conductual ideográfica y que analiza las categorías explicativas de problemas, predisponentes, precipitantes, adquisición y mecanismos inferidos. Este modelo cuenta con validez de contenido por jueces expertos y validez predictiva por su aplicabilidad y resultados en estudios de caso.

Al analizar las situaciones actuales en las que se presentan los comportamientos problema de la consultante, se encontraron dos patrones de comportamiento desadaptativo. El primero caracterizado por realizar desplazamientos a espacios opuestos a los que se encuentra y conductas verbales indicando negativas, ante estímulos asociados a demandas laborales o de interacción con su exesposo, hermanos, amigos, consiguiendo la retirada de estos estímulos que han adquirido características aversivas; y el segundo caracterizado por llorar y realizar verbalizaciones relacionadas con su situación económica, ante situaciones de interacción con su exesposo, hermanos, mamá, hijo y amigos, consiguiendo atención y recursos económicos por parte de ellos.

Estos patrones se explican por la vulnerabilidad a nivel ambiental que significó tener una crianza caracterizada por conflictos constantes entre sus padres, en el que la resolución de problemas era de estilo evitativo y traía consigo ganancias secundarias como la atención, el cual modeló su propio estilo de resolución de problemas. Esto es respaldado por recientes estudios que hallaron que los eventos vitales tempranos asociados a trauma, estrés y castigo relacionado con la dinámica familiar, aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo entre ellos la depresión (Heredia-Ancona, Maqueo & Cruz, 2011; Saveanu & Nemeroff, 2012).

Los comportamientos propios de estos patrones se presentaban adecuados de acuerdo a las demandas del ambiente de la consultante, pero su ocurrencia aumentó desde la separación de su esposo y la terminación de la empresa que tenían juntos, factor que constituyó la pérdida de un reforzador de valor para la consultante y la exposición a nuevas situaciones aversivas (Gómez-Rivas & Roa-Capilla, 2002).

En la actualidad el primer patrón comportamental desadaptativo al pacer se mantiene por el refuerzo negativo (R-) y el segundo patrón comportamental se mantiene por refuerzo positivo (R+), los cuales consiguen como impacto de su conducta en el ambiente familiar y social, al obtener la retirada de estímulos con características aversivas o adquirir estímulos con valor reforzante (Bados-López & García-Grau, 2011).

Este análisis lleva al terapeuta a establecer como objetivo del proceso terapéutico el desarrollar comportamientos mayormente adaptativos frente a la demanda de interacción con familiares, de demandas laborales y sociales, obteniendo un aumento en las conductas saludables y mejoras en el reporte del estado de ánimo. De la misma manera, se opta por seleccionar el tratamiento con mayor soporte empírico para el logro del cambio comportamental de la consultante, y que demostrara efectividad, eficacia y eficiencia en la mejora clínica de la depresión. De acuerdo con la revisión (Barraca, 2016; Bianchi & Henao, 2015; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Kanter et al., 2010; Pérez-Álvarez, 2007) la elección fue el Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R) de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, y Pagoto (2011), debido a que la paciente cumplía con características relacionadas con la pérdida de fuentes de reforzamiento y presentaba desajustes en sus hábitos de vida.

### **Tratamiento.**

En esta fase se aplicó la intervención usando el Manual Revisado para Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R) de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, y Pagoto (2011), esta tiene inicio desde la 4 sesión del protocolo conformado por 10 sesiones, y se basa principalmente en la programación de actividades reforzantes, categorizadas como de disfrute e importancia y las cuales son topográficamente opuestas a las conductas depresivas.

Las primera tres sesiones del tratamiento tienen como objetivo psicoeducar al consultante sobre la depresión y la activación conductual, identificar y jerarquizar actividades de valor y entrenar al paciente en el diligenciamiento del formulario 1, cuyo objetivo es la identificación y registro de actividades de disfrute e importancia durante el día. De la sesión 4 en adelante se programa en compañía del terapeuta, las actividades de disfrute e importancia para su realización durante la siguiente semana, iniciando por las acciones de menor costo de respuesta y aumentando el mismo conforme el consultante recobra autonomía en la consecución de fuentes de reforzamiento (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters & Pagoto 2011).

### **Consideraciones éticas**

Para el desarrollo de este estudio se tuvo en cuenta lo establecido por la Ley 1090 de 2006, con sus respectivos artículos e incisos, que formulan el Reglamento del Ejercicio de la Profesión en Psicología y dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Frente a la confidencialidad, recolección y almacenamiento de datos por parte del terapeuta se tiene en cuenta lo establecido en la Ley 1090 - Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, en sus artículos 23, 29, 50, 51, 52 y 30 (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).

Antes riesgos e incomodidades, se indica que el seguimiento continuo al paciente garantizará la minimización de los riesgos e incomodidades de cualquier procedimiento, y si se presentasen, se han establecido procedimientos de remisión en caso de requerirlos, garantizando el bienestar de la usuaria, tal como lo establece la Ley 1090 - Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en el artículo 2 y 50 (Congreso de la Republica de Colombia, 2006).

### **Resultados**

Se presentan los resultados de la aplicación del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R), sobre la frecuencia y duración de las actividades de disfrute e importancia de una consultante que cumple con criterios para depresión.

La Figura 1 presenta la frecuencia absoluta de actividades de disfrute e importancia por sesión durante la línea de base (A) e intervención (B) de la consultante que cumple criterios de depresión. Se puede observar que en la fase de línea de base de las actividades de disfrute está conformada por 3 sesiones y los datos se encuentran en un rango entre 98 y 119, denota estabilidad gráfica por nivel; además se evidencia que la fase de intervención está constituida por 6 sesiones en la que los datos se encuentran en un rango entre 102 y 132.

Adicionalmente se evidencia que en la fase de línea de base de las actividades de importancia está conformada por 3 sesiones y los datos se encuentran en un rango entre 141 y 156, denota estabilidad gráfica por nivel; además se observa que la fase de intervención está constituida por 6 sesiones en la que los datos se encuentran en un rango entre 154 y 200 (Véase Figura 1).

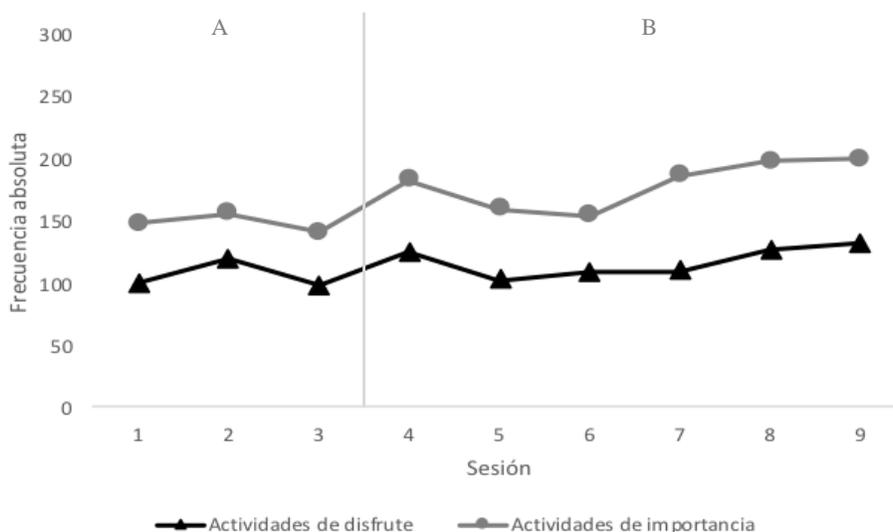


Figura 1. Frecuencia absoluta de actividades de disfrute e importancia

La Figura 2 presenta la duración absoluta de actividades de disfrute e importancia por sesión durante la línea de base (A) e intervención (B) de la consultante que cumple criterios de depresión. Se puede observar que en la fase de línea de base de las actividades de disfrute está conformada por 3 sesiones y los datos se encuentran en un rango entre 97 y 129, denota una gráfica con un tendencia en el aumento de los dato, además se evidencia que la fase de intervención está constituida por 6 sesiones en la que los datos se encuentran en un rango entre 118 y 128.

Adicionalmente se evidencia que en la fase de línea de base de las actividades de importancia está conformada por 3 sesiones y los datos se encuentran en un rango entre 138 y 156, denota una gráfica con tendencia a aumentar, además se observa que la fase de intervención está constituida por 6 sesiones en la que los datos se encuentran en un rango entre 152 y 162.

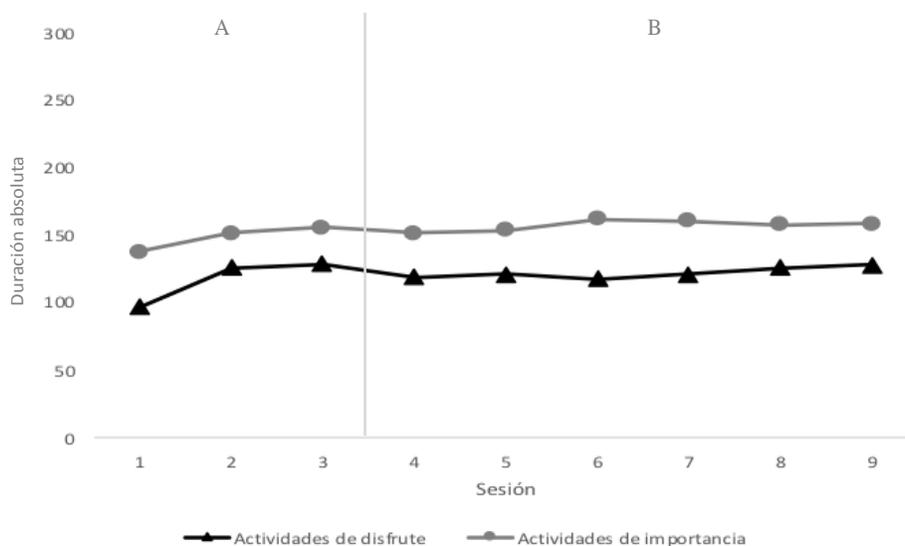


Figura 2. Duración absoluta de actividades de disfrute e importancia

La Tabla 1 muestra el valor obtenido en el Inventario de Depresión de Beck por la consultante que cumple criterios de depresión. Se evidencia que anterior a la aplicación de la intervención la consultante presentaba un puntaje de 29, considerado como depresión moderada, y posterior a la aplicación de la intervención se obtuvo un puntaje de 9, la cual indica la no presencia de depresión.

Tabla 1.

Resultados Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).

Pre test	Pos test
29	9
Depresión moderada	No depresión

### Discusión

Este estudio presentó un caso de una mujer adulta con patrones comportamentales asociados a depresión y caracterizados por su función evitativa y de búsqueda de ganancias secundarias. El caso fue abordado con el Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión (BATD-R) de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, y Pagoto (2011).

Los resultados de la Aplicación del BATD-R no denotan cambios significativos en la frecuencia y duración de las actividades de disfrute e importancia de la consultante, entre la fase de línea de base y la fase de intervención. Aunque los cambios no se establecen como significativos, debido a que la estabilidad de los datos en la fase de intervención, se mantienen dentro del mismo nivel de estabilidad de los datos en la fase de línea de base, se presentó en las dos unidades de medida (frecuencia y duración) de las dos conductas objetivo (disfrute e importancia) un leve aumento sin significancia clínica hacia el final de la intervención. Estos hallazgos difieren de con los resultados de los estudios de Barraca (2016); Bianchi y Henao (2015); Cuijpers, van Straten y Warmerdam (2007); Daughters, Sargeant y Hopko (2008); Fernández et al (2011); Gamero, Oñate, y Vucinovich (2011); Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009); Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2003); Hopko, Lejuez, y Hopko (2004); Hopko et al (2011); Kanter et al. (2010); Pérez-Álvarez (2007); MacPherson et al., (2010); Ryba, Lejuez y Hopko (2014) y Sánchez, Soto, Vega y Ribas (2011) quienes identificaron que la Activación Conductual era el tratamiento con mayor efectividad, eficacia y eficiencia en la mejora clínica de la depresión.

Pero estos resultados concuerdan con los hallazgos del estudio de Nieto y Zambrano (2014), quienes no encontraron cambios estadísticamente significativos en la frecuencia de actividades de disfrute e importancia de tres consultantes con sintomatología depresiva, tras la implementación del BATD-R en contraste con datos de las líneas de base. Este estudio al igual que la presente investigación, también encontró posterior a la aplicación de la prueba

estandarizada (BDI-II) datos que denotaban mejora clínica a rangos normales e inclusive ausencia de depresión.

Un fenómeno similar sucedió en la investigación de Acuña (2011) en la que encontraron un efecto de mejora sobre la actividad física y recreativa tras la aplicación de la BA en tres pacientes renales con síntomas depresivos, pero en cuanto a la percepción de satisfacción no se hallaron variaciones clínicamente significativas en las diferentes fases del proceso, inclusive encontrando una percepción desfavorable simultánea con el aumento de actividades de valor.

Pero estos últimos hallazgos negativos del efecto de la BA frente al voluminoso apoyo empírico de su efectividad, puede explicarse al retomar la reiterada discusión dentro del análisis del comportamiento, respecto a lo que los humanos dicen en correspondencia a lo que hacen (decir-hacer).

La discusión de decir-hacer como procedimiento ha sido estudiada desde campos básicos experimentales, hasta áreas aplicadas como la psicología educativa y clínica; de esta última, su relevancia proviene de la naturaleza interactiva a nivel social del ser humano, la adherencia a acciones terapéuticas y formas de autocontrol. Este procedimiento decir-hacer aplicado de manera adecuada a acciones terapéuticas, permite la modificación de comportamientos problema sin interacción directa, como podría suceder en un proceso psicológico, si no por instrucciones propias del repertorio verbal del individuo (Luciano, 1993; Herruzo & Luciano, 1994; Rodríguez, 2000; Perez, 2017).

Pese al cumplimiento del objetivo del estudio, se presentaron limitaciones tales como la adherencia al tratamiento de la consultante, esto reflejado en que el número de sesiones implementadas del BATD-R, en las que realizaron nueve de las 10 establecidas por el modelo. Se sugiere para futuros estudios la utilización de diseño de caso con seguimiento

con el fin de contrastar medidas conductuales pre y pos, además de implementar dentro de la evaluación pruebas estandarizada que permitan medir las conductas saludables propias de la Activación Conductual, tales como las actividades de disfrute e importancia desde el modelo del BATD-R.

### Referencias

- Acuña, L. (2011). Efecto de la aplicación de la terapia de activación conductual sobre la actividad física y la percepción de satisfacción en tres pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Colombia: PUJ.
- Addis, M., Dobson, K., Gollan, J., Gortner, E., Jacobson, N., Koerner, K., Prince, S. & Truax, P. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. United States of America: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (2), 295-304.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5) (5a ed.). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Bados-López A., & García-Grau, E. (2011). Técnicas Operantes. España: Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. & Hersen, M. (1988). Diseños Experimentales de Caso Único. España. Martínez Roca.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes (42), 21.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Canada: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bianchi J, Henao A, (2015) Activación Conductual y Depresión : Conceptualización y evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80

Congreso de la República de Colombia (2006). Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones.

Cruzblanca-Hernández, H., Lupercio-Coronel, P., Collas Aguilar, J. & Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39 (1), 47-58.

Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>

Daughters, S. B., Sargeant, M. N., & Hopko, D. R. (2008). Effectiveness of a Brief Behavioral Treatment for Inner-City Illicit Drug Users With Elevated Depressive Symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS Act!), 8.

Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *anales de psicología*, 27, 278-291.

Gamero, R. R., Oñate, S. P., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide (37), 12.

Gawrysiak, M.; Nicholas, C. & Hopko, D (2009). Behavioral Activation for Moderately Depressed University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Counseling Psychology*. 56(3), 468-475.

- Gómez-Rivas, C., & Roa-Capilla, M. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único [Treatment of a depression caused by emotional loss]. *Acción Psicológica*, 1(2), 195-204. <https://doi.org/10.5944/ap.1.2.552>
- Heredia-Ancona, M. C., Maqueo, E. L.-G., & Cruz, L. E. S. la. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(2), 49-57.
- Herruzo, J. & Luciano, M.C. (1994). Procedimientos para establecer la “correspondencia decir- hacer”. Un análisis de sus elementos y problemas pendientes. *Acta Comportamental*, 2, 192-218.
- Hopko, D., Lejuez, C., LePage, J., Hopko, S. & McNeil, D. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression A Randomized Pilot Trial Within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*. 27(4), 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral Activation as an Intervention for Coexistent Depressive and Anxiety Symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48. <https://doi.org/10.1177/1534650103258969>
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S. M. C., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 834-849. <https://doi.org/10.1037/a0025450>
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J., Gortner, E. y Prince, S. (1996). A Component Analysis of Cognitive Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 295-304.

- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255–270.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608-620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2015). Psychological Treatment, Effectiveness of. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 372-378). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21078-7>
- Lejuez, C., Hopko, D. & Hopko, S. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. doi: 10.1177/0145445501252005.
- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5, 351-374.
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., ... Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 55-61. <https://doi.org/10.1037/a0017939>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental – Depresión*. Bogotá: Minsalud.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Novoa-Gómez, M. M. (2011). Confiabilidad y validación de un modelo de formulación clínica conductual. *Universitas Psychologica*, 10(2), 501-519.

- Nieto, D., & Zambrano, T. (2014). Efectos del Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión sobre las actividades de disfrute e importancia en consultantes que cumplen criterios para depresión. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz*.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- 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.
- Perez, W. (2017). Explicações comportamentais da correspondência dizer-fazer, 13(1), 16-28. <https://doi.org/10.18542/rebac.v13i1.5260>
- Rodríguez, M. (2000). Efecto del entrenamiento de la correspondencia decir-hacer, decir-describir, y hacer-describir sobre la adquisición, generalidad y mantenimiento de una tarea de discriminación condicional en humanos. *Acta Comportamentalia*, 8, 41-75.
- Ryba, M. M., Lejuez, C. W., & Hopko, D. R. (2014). Behavioral activation for depressed breast cancer patients: The impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 325-335. <https://doi.org/10.1037/a0035363>
- Sánchez, D. S., Soto, Á., Vega, D., & Ribas, J. (2011). Traducción al Castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Formato Grupal. Datos preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos, 13.
- 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>

Vilela M., Martínez J., Andrade, Lajera G., (2017). Tratamiento Farmacológico de la depresión. Comparación entre las Principales Guías de Práctica Clínica. Revista de Investigación de las Ciencias de la Salud. 2(1).