

La Activación Conductual como Terapia Psicológica Basada en la Evidencia (TPBE):  
aplicación en un caso de depresión con graves problemas de salud

Alumna: Silvia García Carmona

Tutora: Aurora Gavino Lázaro

Máster en Psicología General Sanitaria

Universidad de Málaga

Nota de autor

Yo, Silvia García Carmona, declaro la autoría y originalidad del presente Trabajo Fin de Máster. Asimismo, declaro que las fuentes empleadas han sido debidamente citadas y referenciadas.

Antes del comienzo de la terapia se informó al paciente de que la intervención se realizaría como parte de un Trabajo Fin de Máster que, posteriormente, sería expuesto ante un tribunal. Para poder llevarlo a cabo se le solicitó la firma de un consentimiento informado. Por supuesto, también se le garantizó el anonimato, de ahí que la información personal aquí descrita que pudiese ser identificativa no sea real. El presente trabajo cuenta con la aprobación de dos expertos: el primero interpretó correctamente el análisis funcional sin conocer previamente la historia, mientras que el segundo ratificó la aplicación de la AC.

Quiero agradecer a Aurora Gavino Lázaro su inestimable paciencia y el ánimo que me ha infundado para acometer este trabajo. Por supuesto, doy las gracias también a “Miguel”, por brindarme la oportunidad de comenzar a recorrer el precioso camino de la terapia.

Remitir la correspondencia en relación con este estudio a: [silviagc@uma.es](mailto:silviagc@uma.es)

### Resumen

Se presenta el tratamiento de un hombre de 53 años con síntomas severos de depresión y acusados problemas físicos. El objetivo es analizar los efectos de la aplicación de la terapia de Activación Conductual (AC) en la reducción de su sintomatología y sus pensamientos negativos. Los instrumentos estandarizados empleados fueron el BDI-II, el STAI, el EROS, el BADS y el ASQ. La intervención se planificó a partir de la elaboración de un análisis funcional de la problemática e incluyó, entre otras técnicas, la exploración de los objetivos vitales y la monitorización y programación jerarquizada de actividades. Tras mes y medio, las pruebas de evaluación evidenciaron cambios significativos en la reducción de la sintomatología depresiva y de los pensamientos negativos, así como en el aumento del número y variedad de actividades desarrolladas. A la espera de las sesiones de seguimiento, considerando la brevedad de la intervención se interpreta la positividad de los resultados como una evidencia más de la eficacia de la AC. Finalmente, se discute la necesidad de explorar las variables comunes a los casos en los que se ha mostrado eficaz y del aumento del apoyo empírico para que pueda ser considerada tratamiento de elección.

*Palabras clave:* Activación Conductual, depresión, enfermedad física, análisis funcional, estudios de casos.

### **Abstract**

The treatment of a 53-year-old man with severe symptoms of depression and clear physical problems is presented. The objective is to analyze the effects of applied Behavioural Activation (BA) therapy to diminish these symptoms and negative thoughts. The standardized instruments used were the BDI-II, STAI, EROS, BADS and ASQ. The treatment was planned based on the performance of a functional analysis of the problem and included, among other techniques, examination of the patient's life goals and the hierarchical monitoring and scheduling of activities. After a month and a half, the evaluation tests showed significant reductions in negative thoughts and symptoms of depression, as well as an increase in the number and variety of activities developed. While the patient awaits follow-up sessions, considering the brevity of the treatment, the positivity of the results should be interpreted as further evidence of the efficacy of BA. Finally, we discuss the need to explore the common variables found in cases in which it has been proven effective and of the increase in empirical support which enables it to be considered a treatment of choice.

*Keywords:* Behavioural Activation, depression, physical illness, functional analysis, case studies.

A principios de la década de los setenta, Ferster (1973) y Lewinsohn (1974) adoptaron una aproximación conductual para el tratamiento de la depresión. Bajo dicho enfoque, la depresión resulta de una baja tasa de reforzamiento positivo que se mantiene mediante reforzamiento negativo. El problema no sería estar triste, desmoralizado, etcétera, sino que residiría en la forma en la que uno responde a sus pensamientos y a los acontecimientos y circunstancias de la vida. Es decir, el problema radicaría en los *intentos de solución*. Sobre esta base, Lewinsohn y colaboradores desarrollaron la auto-monitorización y la planificación de actividades agradables como estrategias para tratar la depresión; sin embargo, dichos procedimientos son comúnmente conocidos por formar parte de la Terapia Cognitiva (TC) de Beck, que la incluyó entre sus componentes (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015).

El origen de la Activación Conductual (AC) como terapia para la depresión tiene como antecedente directo el hallazgo de Jacobson, Dobson, Truax, Addis y Koerner, en 1996. El grupo pretendía averiguar si todos los componentes que integran la TC, véanse la activación conductual, los pensamientos automáticos y la reestructuración cognitiva, contribuían por igual al éxito de la terapia o si éste se debía principalmente a uno de ellos. Para dicho fin emplearon la estrategia denominada “desmantelamiento” (Vázquez y Torres-Iglesias, 2007), constituyendo tres grupos experimentales: el primero recibió un tratamiento en el que únicamente se llevaban a cabo estrategias de activación conductual; el tratamiento del segundo abordaba la modificación de los pensamientos automáticos, además de la activación conductual; por último, el del tercer grupo recogía los contenidos de los dos primeros junto con los de la reestructuración cognitiva; es decir, llevaba a cabo la TC completa. A los seis meses, las puntuaciones obtenidas en el Beck Depression Inventory (BDI) llevaron a concluir que el componente conductual por sí solo tenía la misma eficacia que la terapia completa, sugiriendo que las técnicas cognitivas no eran necesarias para el cambio terapéutico. Así, la AC pasó de ser un mero componente a una terapia por sí misma (Pérez-Álvarez, 2007).

En 2001 aparecieron dos protocolos de la terapia: la Activación conductual para la depresión (AC), desarrollada por el propio Jacobson junto con Martell y Addis, y la

Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD), de Lejuez, Hopko y Hopko, más breve (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015).

La AC es, por tanto, una terapia breve, estructurada e individualizada, en la que es esencial la puesta en marcha y registro de planes de acción. Éstos han de estar definidos en base a los intereses y valores del paciente, aumentar las interacciones positivas, construirse acorde con el principio de aproximaciones sucesivas y realizarse con cierta independencia del estado de ánimo. En algunos casos se incorporan técnicas complementarias, como la realización de contratos conductuales, para la obtención final de reforzadores; la atención a la experiencia, para la rumiación excesiva; o el modelado, para el entrenamiento de habilidades. El cumplimiento de los planes de acción permite que el paciente retome su nivel actividad y, secundariamente, se encuentre satisfecho con sus logros, siendo el compromiso que recupere las riendas de su vida, no que alcance la felicidad (Vallejo, 2012). Sin embargo, la AC no se limita al aumento de las actividades agradables. Para su buen funcionamiento resulta determinante la identificación las actividades que pudiesen estar cumpliendo una función evitativa — lo que anteriormente se ha denominado intento de solución —, a través de la formulación de un análisis funcional del problema.

Los tratamientos psicológicos bien establecidos para la depresión son la Terapia Cognitiva de Beck (TC), la Terapia Interpersonal de Klerman (TIP) y la terapia de conducta, cuyas variantes son el programa de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, el curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn, la terapia de autocontrol, la terapia de solución de problemas y la terapia conductual de pareja (Pérez-Álvarez y García Montes, 2001).

En cuanto a la AC, la división 12 de la American Psychological Association (APA), Sociedad de Psicología Clínica, la consideró en 1998 como un tratamiento con fuerte apoyo de la investigación, en base a los criterios de Chambless y Hollon. Sin embargo, actualmente se encuentra pendiente de reevaluación, debido a que los meta-análisis disponibles no cumplen los estándares de calidad recomendados en 2015 por Tolin, McKay, Forman, Klonsky y Thombs. Por su parte, el National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH, 2010) declara, en su guía de tratamiento para la

depresión escrita para el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) que, aunque la evidencia no es suficientemente robusta para recomendarla como alternativa directa a la TC, puede ser considerada como opción; siempre que los profesionales de la salud tengan presentes su limitada evidencia.

Siendo una terapia con tan pocos años de desarrollo es natural que su evidencia sea menos robusta que la de la TC o la TIP. No obstante, sus resultados en el tratamiento de la depresión son alentadores. Un claro ejemplo es el obtenido en el estudio de Dimidjian et al. (2006), en el que, tras 16 semanas de tratamiento, la AC demostró ser igual de eficaz que la TC, la medicación antidepresiva (paroxetina) y el placebo en los casos de depresión moderada; mientras que en los de depresión mayor se mostró, al igual que la medicación, superior al resto, presentando además una menor tasa de recaídas que ésta. Por otro lado, el metaanálisis de Ekers et al. (2014) apoya y fortalece la evidencia disponible de que la AC es un tratamiento eficaz para la depresión.

A pesar de que surgió como tratamiento específico para la depresión, ha mostrado también su eficacia en otros trastornos del estado de ánimo, como la distimia y el trastorno bipolar, así como en otras enfermedades y trastornos comórbidos con la depresión, como la obesidad, la dependencia de sustancias, el dolor crónico, el cáncer o el trastorno límite de personalidad, lo que refuerza el carácter transdiagnóstico de la terapia (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015). En una publicación reciente de Nieto y Barraca (2017), demostró ser igualmente eficaz en la reducción de los Pensamientos Automáticos Negativos (PANs). La TC también demostró serlo, pero en menor medida que la AC.

Según el NICE existe poca evidencia acerca de los tratamientos de elección en base a los subtipos de depresión o a las características personales, pues lo que más se ha investigado en este aspecto ha sido el impacto de las enfermedades físicas en su tratamiento. Uno de los pocos estudios en esta línea es el llevado a cabo por Snarski et al. (2003), en el que la aplicación de la AC en un grupo de participantes con deterioro cognitivo dio como resultado la mejora significativa de los síntomas depresivos, lo que llevó a concluir que la eficacia de la AC era independiente del estado cognitivo del paciente.

Por dicho motivo es necesario explorar por qué la AC parece ser tan o más eficaz que otras terapias de elección para la depresión, investigando si funciona en cualquier subtipo — o incluso en cualquier trastorno — o si, por el contrario, solamente es eficaz en presencia de determinadas variables. Sea como fuere, los esfuerzos deben ir encaminados al aumento del apoyo empírico de dicha eficacia y a la identificación y análisis de dichas variables, con el fin de hacer la terapia más generalizable. Para ello, se han de investigar aquéllas que aparecen sistemáticamente en casos donde la AC ha dado resultados de eficacia. Una vez conseguido, el terapeuta podrá reconocerlas en la fase de evaluación, pudiendo así ser la AC elegida mediante un criterio con apoyo científico.

En este estudio de caso se pretenden identificar dichas variables comunes, así como comprobar si es posible la modificación de creencias mediante una intervención puramente conductual. Es decir, sin el empleo de técnicas cognitivas, de acuerdo con los planteamientos de Jacobson et al. y los Dimidjian et al. (1996; 2006).

#### **Datos personales del paciente**

Miguel es un hombre de 53 años, nacido y residente en Málaga, casado y con dos hijos. Fue autónomo la mayor parte de su vida laboral hasta que tuvo que prejubilarse en 2011 por problemas de salud. Cursó únicamente los estudios primarios y su nivel económico es bajo. Convive con su mujer y su suegra.

#### **Motivo de consulta y objetivos del paciente**

Cuando se prejubiló comenzó a desarrollar un sentimiento de inutilidad que atribuye a su temprana incursión en el mundo laboral; a los trece años. A ello se suma que en escasos cuatro años sufrió una cadena de fallecimientos de familiares cercanos. El de su madre, causado por un trombo no detectado, fue el que más le afectó, pues se sintió responsable del mismo. Dos años después perdió el contacto con su hija y sus nietos a raíz de una discusión. Ambos acontecimientos le produjeron intensos sentimientos de culpa.

A lo largo de todos estos años ha reducido su nivel de actividad, ha perdido considerablemente el contacto social y ha tenido dos tentativas serias de suicidio. Desde hace meses está llevando a cabo acciones contra su salud de forma indirecta y más

discreta. Se encuentra desesperanzado, se refiere a sí mismo como que no es nadie ni nada y afirma que le quedan pocas cosas por las que ilusionarse.

Busca en la terapia eliminar la culpabilidad que siente por el fallecimiento de su madre y su falta de relación con su hija, tener sosiego y sentirse útil. “Quiero ser al menos un 70% de lo que fui: una persona alegre, optimista, independiente...”. Por otro lado, le gustaría compartir más actividades con su mujer.

No se detectó ningún factor que pudiera asociarse con la resistencia al cambio.

### **Evaluación inicial**

#### **Instrumentos**

En primer lugar, se realizaron cuatro sesiones de entrevistas abiertas. En ellas, además de explorar las características del problema y el historial clínico, la información médica y farmacológica, se recogieron también algunas de las afirmaciones de Miguel, como muestra de su estado emocional y sus creencias. La última de las entrevistas fue a su mujer, María, para la confirmación y ampliación de la información dada por Miguel.

Todas las pruebas fueron seleccionadas de acuerdo a las características del caso y a su diagnóstico — establecido por su psiquiatra de la Unidad de Salud Mental —, con el fin de establecer una línea de base previa al tratamiento, así como recabar más datos que completasen la información sobre su problemática, de cara a la activación conductual.

Los inventarios empleados en las dos sesiones de evaluación restantes — escritos por orden de administración —, fueron los siguientes:

*Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Según Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005), la versión española cuenta con una excelente consistencia interna ( $\alpha=.89$ ). Dicho instrumento evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mediante 21 preguntas de respuestas múltiples. En él, Miguel obtuvo una puntuación de 38, correspondiente a una depresión grave — el punto de corte es 29 —.

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). En la revisión de la adaptación española de Guillén-Riquelme y Buéla-Casal (2011), el



análisis de la fiabilidad arrojó un alfa de Cronbach de .94 para la de ansiedad-estado (STAI-E) y .90 para la dimensión de ansiedad-rasgo (STAI-R). El inventario, compuesto por 40 ítems, 20 para cada subescala, evalúa el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Miguel obtuvo 36 puntos (percentil 90-95) en ansiedad-rasgo, mientras que en ansiedad-estado su puntuación fue de 42 (percentil 96). Ambas puntuaciones implican que Miguel es una persona especialmente propensa a padecer ansiedad y que actualmente está pasando por una situación percibida como altamente estresante.

*Environmental Reward Observation Scale* (EROS; Armento, y Hopko, 2007). El estudio llevado a cabo por Barraca y Álvarez (2010) mostró que la versión española es fiable ( $\alpha=.86$ ) y válida. La escala, de 10 ítems, proporciona una medida del grado en el que el entorno resulta reforzante para el sujeto. En ella, Miguel obtuvo una puntuación de 21 de un total de 44 (percentil 20-30), similar a la puntuación media del grupo clínico (22.89); esto indica que en ese momento recibía un bajo reforzamiento de su entorno.

*Behavioral Activation for Depression Scale* (BADS; Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007). La consistencia interna de la adaptación española es buena ( $\alpha=.90$ ), así como la de sus subescalas (Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano-Bleda, 2011). Dicho cuestionario mide los cambios en la evitación y la activación en el transcurso de la terapia de Activación Conductual. Está compuesto por 25 ítems que evalúan cuatro dimensiones: activación (BADS-I); evitación/rumia (BADS-II); afectación del trabajo o del rendimiento académico (BADS-III); afectación de la vida social (BADS-IV). La puntuación general se vincula con el grado en el que el paciente se involucra en las actividades y hace frente a sus síntomas depresivos y a sus consecuencias (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015). Miguel obtuvo una puntuación total de 61 — la media del grupo clínico es 76.87 puntos —, correspondiente a la suma de sus cuatro dimensiones. Las puntuaciones de las subescalas indican que su nivel de activación era bajo (11 puntos) y su grado de evitación/rumia, elevado (27 puntos); no tenía deterioro a nivel de trabajo/actividad (11 puntos), pero, por el contrario, el de su vida social era alto (20 puntos).

*Atributtional Style Questionnaire* (ASQ; Peterson, Semmel, Von Baeyer y Seligman, 1982). Sanjuan, Magallares, González y Pérez-García (2013) comprobaron que la consistencia interna de los ítems de la versión española era aceptable ( $\alpha=.77$ ), así como la de sus dimensiones atribucionales: internalidad-externalidad (ASQ-I;  $\alpha=.53$ ), estabilidad-inestabilidad (ASQ-E;  $\alpha=.71$ ) y globalidad-especificidad (ASQ-G;  $\alpha=.72$ ). El cuestionario se compone de 48 ítems divididos en doce situaciones hipotéticas, seis positivas y seis negativas, en los que se debe señalar la causa por la que se ha generado dicha situación y el grado en el que se cree que ésta es interna, estable y global. Para la evaluación se empleó un modelo que incluía también las subescalas de control (ASQ-C), responsabilidad (ASQ-R) e importancia. La última, más informativa interpretada cualitativamente, reveló como no importante para Miguel recibir cumplidos, ser elogiado y ser rico. La puntuación del *Estilo Explicativo Negativo* (EEN; Suárez, García, Rueda y Ruiz, 2008), calculada mediante la suma de las de internalidad, estabilidad y globalidad en las situaciones negativas, fue de 91 puntos. Comparándolas separadamente, se aprecia una puntuación relativamente similar en los ítems correspondientes a acontecimientos positivos (I=32, E=35, G=38, C=22, R=31) que en los negativos (I=25, E=35, G=31, C=21, R=25).

Con el fin de contrastar los datos del ASQ se le administró una escala Likert de elaboración específica para su problemática (ver apéndice). Ésta pretendía evaluar: (1) Su percepción subjetiva de responsabilidad en el fallecimiento de su madre, (2) El grado de control percibido en la situación actual con su hija. En el primer ítem Miguel se auto-atribuyó 10 puntos de responsabilidad, y puntuó la de los médicos con un 5; en el segundo, por el contrario, se auto-atribuyó 0 puntos con respecto al control sobre la situación, puntuando a su hija y a su yerno con 10 puntos. Además, en sesiones separadas, se le pidió que hiciese un listado de las cosas positivas y negativas de su vida en aquel momento y que las puntuase del 1 al 10, así como con sus creencias nucleares. Éstas fueron: “No soy nada” (10 puntos), “Soy un mal padre” (9 puntos), “Soy el culpable de la muerte de mi madre” (8 puntos) y “Soy un estorbo” (8 puntos).

Por último, para conocer su rutina y establecer una línea de base de su nivel de actividad y estado de ánimo, se pidió a Miguel que emplease durante una semana el

modelo de registro diario propuesto por Lejuez et al. (2011); éste incluye, además, la cuantificación del agrado y la importancia de la tarea, del 1 al 10. Aunque con excepciones, su rutina consistía en levantarse temprano, desayunar fuera con su mujer — única actividad que consistentemente puntuaba con notas más altas —, ayudarla a montar la tienda, dar un paseo con su suegra, recoger a su mujer, almorzar, dormir la siesta, quedarse en casa, cenar y ver la televisión. Por tanto, los auto-registros confirmaron la escasa variedad de actividades realizadas, especialmente lúdicas — afirma no haber tenido nunca una afición —. También evidenciaron la correlación existente entre la inactividad y el bajo estado de ánimo. Dicho autorregistro se siguió empleando a lo largo de todo el tratamiento.

Para la concreción y registro de sus objetivos vitales, la jerarquización de las actividades que quería llevar a cabo y la preparación de la prevención de recaídas se usaron también otras plantillas. Al igual que el modelo de registro diario, el resto de los instrumentos empleados son los originales — o las adaptaciones de los originales — de Lejuez et al. (2011), pudiendo encontrarse en los anexos del libro *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión* (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015). Las respuestas dadas en estos últimos registros se resumen en la descripción de la intervención.

### **Información clínica**

**Área familiar.** Miguel lleva 33 años casado con María, de 51 años. Con ellos convive desde hace dos años su suegra, diagnosticada de Alzheimer en 2012. Miguel la cuida por las mañanas, pues su mujer trabaja de ayudante en su antiguo comercio, que ahora tienen alquilado. María padece dolores intensos y recurrentes de cadera, hasta el punto de que a la doctora de la Unidad de Dolor a la que acude le sorprende que siga trabajando.

Tiene la sensación de que nunca han podido compartir mucho tiempo en pareja. Afirma que María siempre ha estado volcada en la familia — a los 6 meses de casarse fue madre y, cuando sus hijos crecieron, adoptó el rol de cuidadora; primero de su padre y ahora de su madre —. Comenta que estuvo planteándose separarse, hará unos 10 años. Su tío le convenció de que no lo hiciera, y hoy por hoy no se arrepiente, pues su mujer es,

en palabras suyas, su pilar. Afirma que es quien hace que siga mirando hacia delante y por quien no ha vuelto a intentar suicidarse. Tienen dos hijos:

- Luis (31 años). En paro desde hace escasos meses y esperando un hijo. Su pareja está preparando oposiciones para la Junta de Andalucía. Vive independiente pero pasa la mayor parte del tiempo en casa de sus padres. Al carecer de una fuente de ingresos son ellos quienes les ayudan.
- Paula (27 años). Vive con su pareja y tiene dos hijos, una de tres y otro de un año. Aunque al principio sólo cortó la relación con su padre, progresivamente lo hizo también con su madre y su hermano, distanciándose igualmente del resto de familiares.

Miguel se define como una persona muy familiar, que disfruta viendo a la familia unida; por eso lo está pasando tan mal. Refiere sentirse un poco más ilusionado porque su hijo pasa ahora más tiempo en casa. Con él también tuvo una relación distante durante ocho años porque no le gustaba su novia de entonces.

**Área laboral.** Trabajador desde una edad muy temprana, fue autónomo durante 26 años hasta que, en noviembre de 2011, le dieron la incapacidad permanente total por problemas de corazón, recibiendo por ello una paga mensual de 750€. Actualmente está luchando por la absoluta, lo que le supondría cobrar 900€ al mes. Debido a que cuando le dieron la incapacidad su mujer no trabajaba, trató de encontrar trabajo por todos los medios, pero lo rechazaban por no poder realizar ningún trabajo que fuese estresante o requiriese esfuerzo físico. El estado de la incapacidad es irreversible, no dependiente de mejoría, y tiene asignado por el Centro de Valoración y Orientación un 68% de grado de discapacidad.

**Área biopsicosocial.** Miguel ha sufrido varias anginas de pecho, siendo intervenido en dos ocasiones para colocarle unos *stents*, cánulas metálicas cuya función es abrir venas previamente obstruidas. Fue operado siete veces de una hernia abdominal, aunque sigue teniendo una, además de cuatro dorsales y dos discales. Sufre micro infartos cerebrales y temblor esencial — él lo llama Parkinson, pero su mujer afirma que el médico nunca se lo ha diagnosticado —. Aparte tiene una fractura dorsal, mala circulación en la

pierna izquierda y colesterol, aunque controlado. El listado de medicamentos que toma a diario se encuentra en la tabla 1.

Desde que padece los problemas cardíacos afirma agobiarse en sitios cerrados y concurridos, como la piscina cubierta, una cafetería o un gran supermercado. En esos momentos expresa sentir el corazón acelerado y que le falta el aire, lo que le lleva a escapar por miedo a volver a sufrir otra angina de pecho.

En cuanto al área social comenta no tener amigos, pues una serie de malas experiencias han hecho que le cueste un poco confiar en los demás, aunque refiere como motivo principal haberse volcado siempre en su familia y en su trabajo. Sin embargo, en los últimos años, fruto de su estado anímico y su consecuente aislamiento, se ha distanciado de sus cinco hermanas.

Tabla 1

*Fármacos prescritos, con sus correspondientes dosis e indicaciones*

Principio activo	Dosis	Indicación
Acetilsalicílico ácido	100 mg	Angina de pecho (antitrombótico)
Agomelatina	25mg	Depresión mayor
Amitriptilina	25 mg	Depresión
Bromazepam	1.5 mg	Ansiedad
Coplidogrel	75 mg	Angina de pecho e infarto cerebral
Ezetimiba y Simvastatina	10mg/40 mg	Colesterol
Mononitrato de isosorbida	60 mg	Angina de pecho
Olmesartán medoxomil,	20 mg	
Amlodipino, Hidroclorotiazida	5mg/12.5 mg	Hipertensión
Paroxetina	40 mg	Depresión mayor
Ranolazina	750 mg	Angina de pecho
Ranitidina	300 mg	Protector de estómago
Trimetazidina cardiología	20 mg	Hipertensión

Nota: La Trimetazidina cardiología fue retirada por su cardiólogo a unas semanas de finalizar el tratamiento por una mala interacción con la Ranolazina.

**Origen y evolución del problema.** Hace seis años el negocio de Miguel marchaba mal. El sentimiento de fracaso por no verse capaz de sacarlo adelante y la

elevada ansiedad que sentía por los problemas económicos le llevaron a cometer un intento de suicidio. Trató de tirarse por la terraza — le parecía una forma rápida de quitarse la vida; había visto a tres vecinos de su barrio suicidarse de esa manera —, pero finalmente cambió de opinión. Fue en ese momento cuando empezó a ser atendido por su Unidad de Salud Mental.

En noviembre de 2011 tuvo que prejubilarse por serios problemas de corazón, lo que hizo que se hundiera aún más. Trabajador desde muy joven, siempre había asociado el sentirse útil y el tener confianza en sí mismo con ganar dinero, por lo que comenzó a sentirse dependiente y un estorbo. “Es como si me hubiesen quitado mis brazos”, lamentaba.

Posteriormente, como ya se ha reseñado, experimentó una cadena de fallecimientos de familiares cercanos. Cuando en noviembre de 2013 Miguel llevó a su madre al médico por un fuerte dolor en la pierna, éste diagnosticó que lo que sufría era algo muscular, tratándose en realidad de un trombo que terminó provocándole la muerte, tres días después. El médico que la atendió en urgencias le comentó a una de sus hermanas que si la hubieran llevado al hospital tres días antes se hubiese salvado; ésta se lo comunicó a su vez a Miguel, quien se sintió irremediamente responsable, pues había insistido en llevarla a urgencias a pesar de la opinión del primer médico. Desde entonces padece un intenso sentimiento de culpa, además de seguir echándola mucho de menos.

Un mes después falleció el hermano de su mujer; Miguel estaba muy unido a él porque éste fue su aprendiz y trabajaron juntos durante muchos años. En el año 2015 fallecieron también su padre y otro cuñado, marido de una de sus hermanas, quien a su vez había enseñado a Miguel el oficio.

A las dos semanas de la muerte de su padre, fruto de la gran carga emocional del duelo, tuvo una fuerte discusión con su yerno, en la cual su hija se posicionó a favor de su pareja. Días después tuvo un segundo intento de suicidio cuando, según afirma, escuchó a su hija decirle a su mujer por teléfono que su padre estaba muerto para ella — “Si yo sólo era una carga y encima no podía ser un padre para mi hija, ¿qué sentido tenía seguir aquí?” —. En ese momento describe que se le nubló la vista y perdió la conciencia de sus actos. De nuevo optó por tirarse por la terraza, pero su mujer y su suegra lograron

detenerlo a tiempo. A raíz de dicha discusión perdió casi completamente el contacto con su hija y su yerno, y, en consecuencia, dejó de ver a sus nietos, que es lo que más le duele.

Durante todos estos años los sentimientos de inutilidad y de culpa, traducidos en una rumiación constante, han ido exacerbando su estado ansioso-depresivo, pero hasta ahora se había resistido a recibir atención psicológica. Cuando aparecían los pensamientos negativos realizaba una evitación por distracción — ve la televisión, sin enterarse, o duerme —; además, desde hace meses llevaba a cabo acciones más sutiles contra su salud para que su fallecimiento pareciese natural y, por tanto, fuese menos traumático para la familia. Estas son: dormir sin la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), comer sin restricciones, dejar de tomar la medicación o, por el contrario, hacerlo de forma irregular. Igualmente, cuando sufrió la última angina de pecho se negó durante horas a ir al hospital.

La depresión ha afectado también a su forma de comunicarse, haciendo que sea más brusco y agresivo. Aunque se considera una persona con “carácter” y un tanto impulsiva, esto nunca le había perjudicado, pues era capaz de controlarse, especialmente en el trabajo. Por último, es indispensable resaltar que su estado de ánimo se ve muy influido por las acciones de su hija.

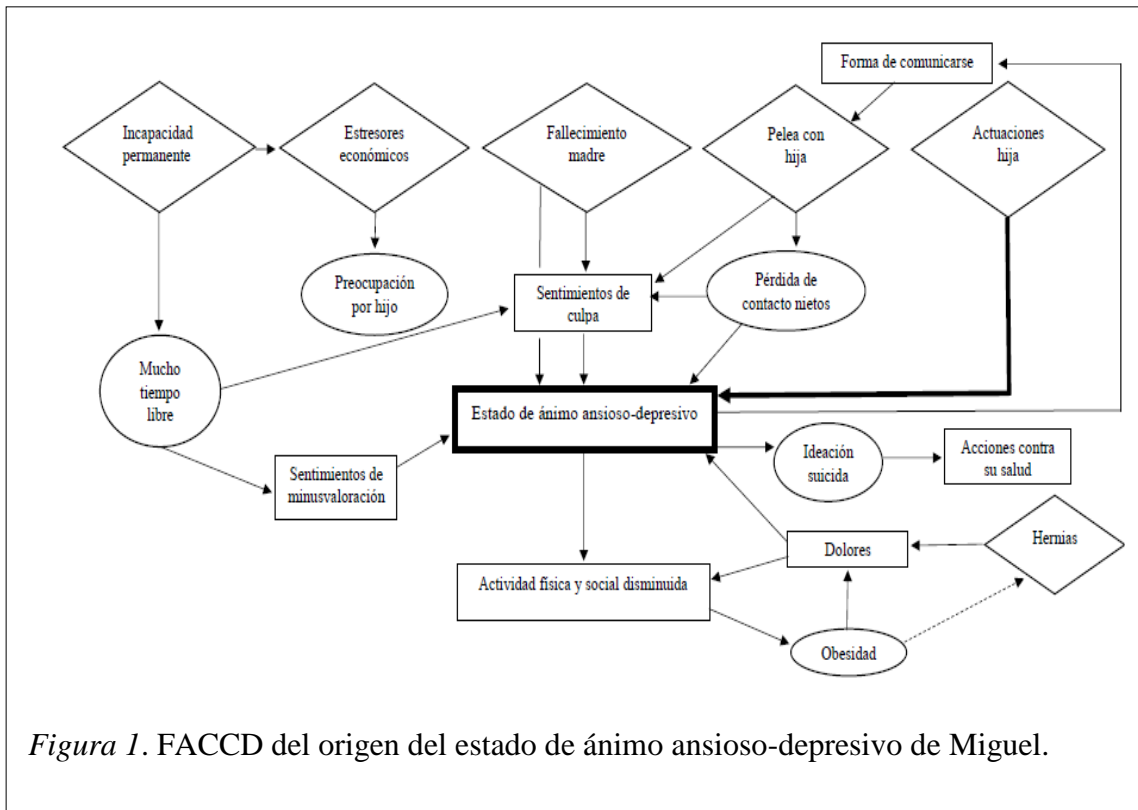
### **Formulación de hipótesis sobre el caso**

Para explicar el origen y el mantenimiento de la depresión se decidió elaborar un análisis funcional. La representación visual de sus componentes es el llamado *diagrama analítico-funcional de un caso clínico* (FACCD), que se elabora para identificar y seleccionar las variables causales del problema del paciente, susceptibles a modificación, sobre las que resulta más beneficioso intervenir (Haynes, Godoy y Gavino, 2011). Para la elaboración del FACCD del presente caso se adoptó el modelo propuesto por dichos autores.

Como se aprecia en la figura 1, se consideran como agravantes del estado de ánimo actual de Miguel su jubilación anticipada por enfermedad, el fallecimiento de su madre y la pelea con su hija — variables causales inmodificables —. El primero le generó sentimientos de minusvaloración, mientras que los dos últimos le causaron sentimientos de culpa. Dichos pensamientos y sentimientos negativos produjeron, a su vez, el estado

ansioso-depresivo y causaron, por otro lado, su forma brusca de comunicarse y el llevar a cabo acciones contra su salud.

Por tanto, su estado de ánimo actual se debería a la rumiación constante de los pensamientos de culpa y minusvaloración, que a su vez se mantendrían por la amplia disponibilidad de tiempo libre, el bajo nivel de actividad — ambos causados, en parte, por la ausencia de aficiones —, la falta de contacto con sus nietos, las actuaciones de su hija y los dolores físicos que padece, que se ven agravados por su obesidad.



### Intervención

Partiendo de la información del análisis funcional, lo que se pretendió fue, en primer lugar, el aumento de la actividad física y social para la modificación indirecta de los sentimientos negativos y los dolores físicos; con ello se buscaba aumentar sus alicientes, ayudarle a encontrar sentido a su vida y trabajar todo lo que reconstruyese su situación. Para ello se seleccionó la AC como tratamiento de elección, empleándose una combinación de ambos protocolos, adoptada de Barraca y Pérez-Álvarez (2015). Una vez





## Aplicación de la AC en un caso de depresión y graves problemas de salud

2ª semana	*
3ª semana	*
4ª semana	*
5ª semana	*
6ª semana	*
7ª semana	*
Prevención de recaídas	*

Nota: Las sesiones de planificación de actividades programadas corresponden a la fase de aplicación de la AC; en ellas se establecían las actividades a realizar dicha semana. Las sesiones 16 y 17 corresponden, a su vez, a la fase de evaluación postratamiento

### Fase de establecimiento de objetivos

Miguel no tenía claro las metas que quería conseguir, por lo que el primer paso fue animarle a pensar cuáles eran sus *objetivos vitales*. Como se comentó previamente, para ello se empleó uno de los anexos del libro de Barraca y Pérez-Álvarez (2015). Éstos fueron: (1) Retomar el contacto con sus hermanas y sobrinos, (2) Disfrutar más de la compañía de su mujer, (3) Cuidar de su salud y (4) Sacar provecho de su tiempo libre. Posteriormente se le ayudó a decidir a través de qué actividades podía desarrollar dichos objetivos. Tal y como plantea la AC, se trataron de detallar y graduar para hacer, de esta manera, más sencillo su cumplimiento. Algunas de estas actividades fueron: (1) Llamar cada día a un familiar y quedar con, al menos, uno a la semana, (2) Pasear con su mujer por el paseo marítimo una vez por semana — ambos disfrutaban contemplando el mar —, (3) Hacer cinco comidas al día; pasear una hora, independientemente del paseo que hace con su suegra — aunque se trató de graduar, Miguel no quiso. Después de sufrir un lumbago tuvo que hacerlo necesariamente, por prescripción médica —, y (4) Comprar materiales para pintar; escuchar música durante 30 min — había dejado de hacerlo —; estudiar inglés durante otros 30 min.

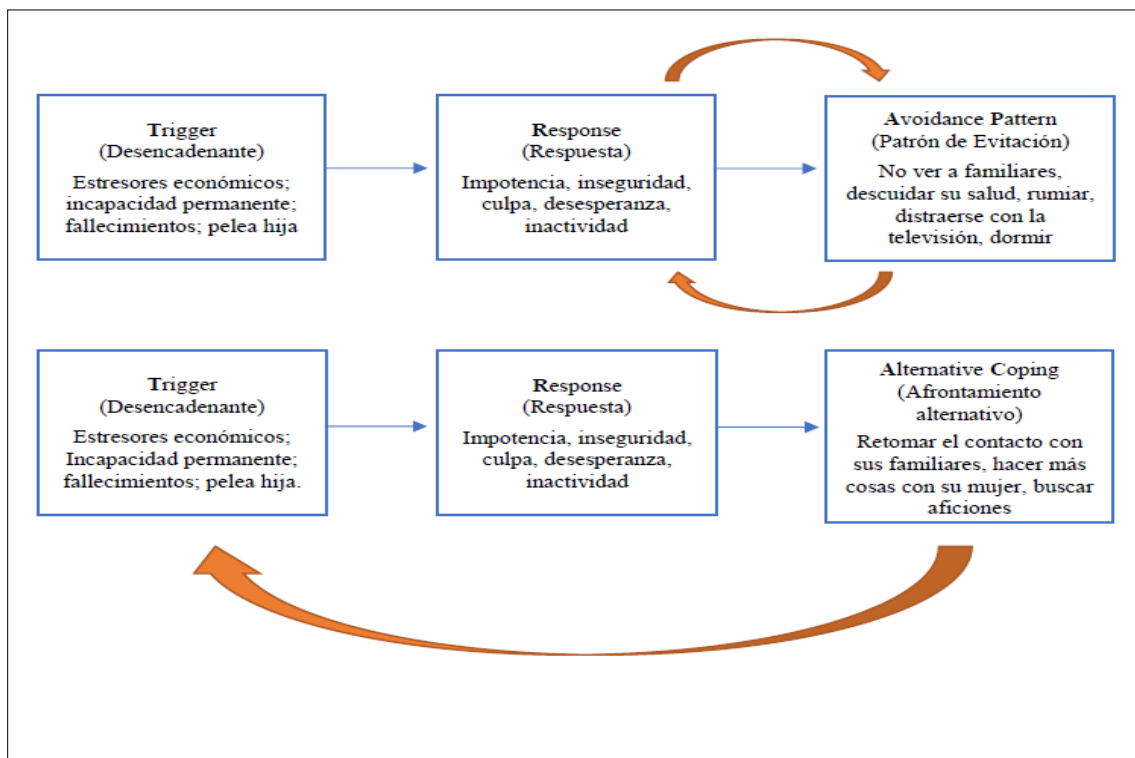
Una vez listadas, se le pidió que las ordenase en función de su nivel de dificultad; criterio por el que se decidió el orden de implementación de las actividades. Para ello se empleó otro de los mencionados documentos de los anexos (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015). Dada su buena disposición, en lugar de abordar los objetivos vitales y sus respectivas actividades de forma consecutiva se optó por abordarlos conjuntamente, con el fin de optimizar el tiempo y aumentar con mayor celeridad tanto su activación como el consecuente reforzamiento positivo de su entorno.

## Aplicación de la AC en un caso de depresión y graves problemas de salud

Antes de explicar la prescripción semanal de actividades se le mostró el FACCD junto con el análisis funcional de “trampa-camino” (TRAP-TRAC; Martell et al., 2010), adaptado a su caso (figura 2). Con ambos se le explicó, de forma sencilla, el origen del problema, así como el papel que ocupaba su aislamiento en la disminución de reforzadores recibidos del entorno y el de sus conductas de evitación en el mantenimiento de su estado de ánimo. La finalidad era que entendiese que la única forma de romper el bucle en el que se encontraba era realizando actividades, aunque no se sintiese animado para hacerlas.

### Fase de aplicación de la AC

Una vez decididas las actividades que tenía que realizar la primera semana — las tres primeras de su listado — se le pidió que continuase los registros, anotando especialmente la razón si no las cumplía. Asimismo, se animó a Miguel a que compartiera su plan de acción con su familia, de cara a aumentar su compromiso, así como el apoyo de ésta. A pesar de que se intentó la concreción del momento en el que se iba a realizar las actividades, tras varias sesiones de incumplimiento Miguel manifestó que, debido a sus obligaciones para con su suegra y su mujer, prefería que éstas no estuviesen estrictamente fijadas.



*Figura 2.* Análisis funcional TRAP-TRAC. Adaptada de Martell et al. (2010).

Las siguientes sesiones comenzaban revisando los registros. Cada vez que Miguel expresaba haber cumplido una actividad o aparecía en sus comentarios alguna evidencia de progreso, se le reforzaba con actitud positiva y se le daba muestras de orgullo y de valoración del esfuerzo. Cuando ocurría lo contrario, se le daba muestras de comprensión y despreocupación, explorándose conjuntamente las causas para darles solución. Una vez se superaban, se añadían actividades nuevas — o las mismas, pero más complejas — al plan de acción semanal, manteniéndose las ya logradas.

En la quinta sesión del tratamiento se le volvieron a administrar las escalas de elaboración propia, arrojando éstas resultados de mejoría en el ítem 1 — su percepción de responsabilidad se redujo de forma importante (6 puntos), apreciándose también en la de los médicos (4 puntos) una disminución. En el ítem 2 sólo se redujo la puntuación de su yerno (7 puntos) —; y en la sexta sesión se citó a su mujer para obtener un feedback externo de los cambios que se estaban apreciando en la terapia, así como para promover su mayor implicación en la recuperación de Miguel, pues hasta entonces no habían realizado ninguna de las actividades conjuntas fijadas. En la octava sesión se le informó acerca de la feria del voluntariado, pero por el momento prefería dedicar su tiempo libre a sus familiares. La implementación de actividades se llevó a cabo durante siete semanas, hasta la novena sesión.

La última sesión se dedicó a la prevención de recaídas. En la sesión anterior, para una mayor comprensión e integración de los conocimientos, se le había solicitado que pensara y escribiese las situaciones que podrían aumentar la probabilidad de que volviera a deprimirse, las conductas que, si eso ocurriese, mantendrían la depresión — conductas depresivas —, las conductas que, por el contrario, le harían salir de ese estado — conductas antidepresivas —, y cómo se aseguraría de llevarlas a cabo. Para facilitarle la tarea se le proporcionó una copia del anexo de Barraca y Pérez-Álvarez (2015), donde aparece un ejemplo.

Muchas de las actividades no se realizaron debido a que, durante el tratamiento, Miguel sufrió lumbalgia y otras dolencias — el único motivo por el que tuvo que

aplazarse una sesión — que le afectaron también en su estado de ánimo (ver más adelante la figura 4). Otro de los factores que influyeron notablemente en la realización de las actividades y su estado anímico, como se describía anteriormente, fueron las actuaciones de su hija y las respectivas expectativas que éstas le generaban: cuando ésta hacía algo que él interpretaba como un intento de retomar el contacto, su puntuación en los registros era más elevada y acudía a consulta mucho más animado. Si, por el contrario, tras ello su hija o su yerno hacía algo que refutaba su interpretación, se deprimía con más fuerza, apreciándose el impacto en los mismos indicadores. Sin embargo, un factor clave en la no realización de actividades fue que, a Miguel, en sus propias palabras, le costaba ser egoísta. Por ejemplo, le daba reparo pedirle a su hijo que se quedase con su abuela para así poder visitar a conocidos o concentrarse en una actividad sin preocupaciones; o pedirle a su mujer que hiciesen más cosas juntos, por verla siempre agotada.

### **Resultados**

Tras el tratamiento se reevaluó a Miguel con los instrumentos del pretratamiento y en el mismo orden que en éste. Los resultados fueron los siguientes (figura 3):

**BDI-II.** Miguel obtuvo 26 puntos, lo que equivale a una depresión moderada (20-28). La reducción en dicha puntuación es significativa, pues ya no se encuentra en el rango de depresión grave.

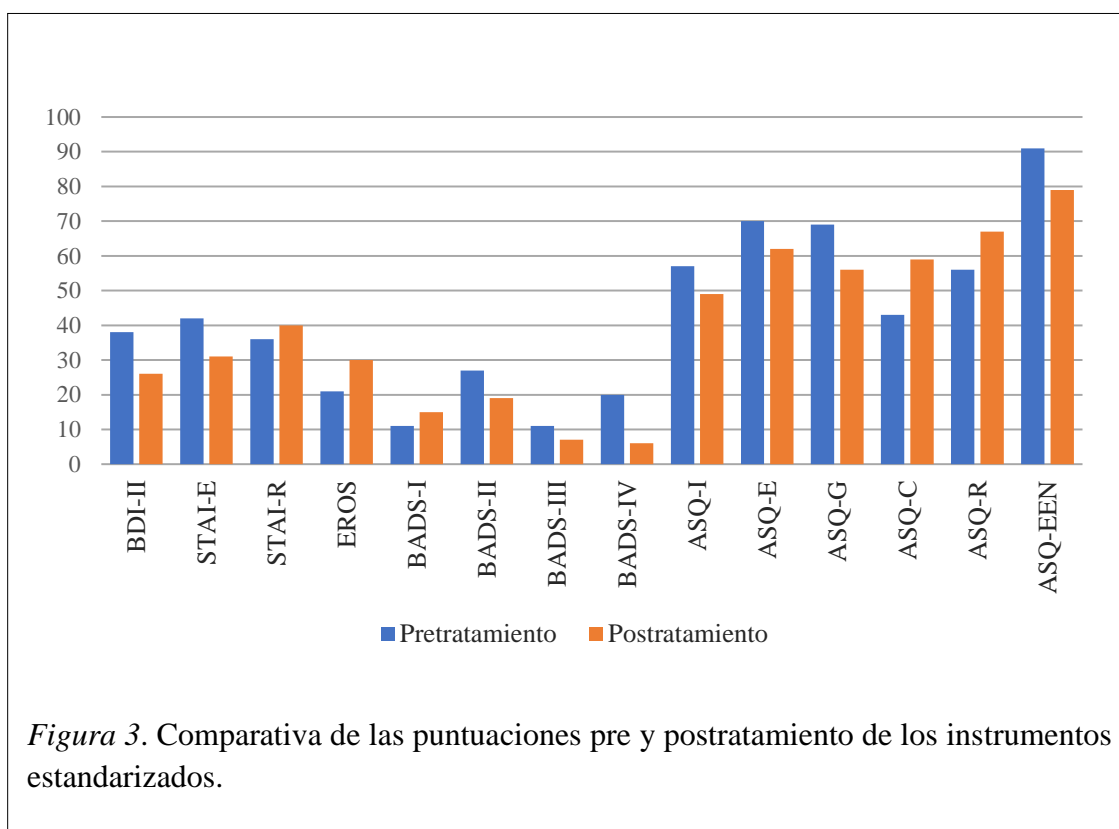
**STAI.** En ansiedad-estado obtuvo 31 puntos (percentil 80-85), siendo 40 su puntuación en ansiedad-rasgo (percentil 97). Es decir, la primera disminuyó moderadamente, significando que percibe su situación actual como menos estresante; la segunda, en cambio, aumentó ligeramente.

**EROS.** Miguel obtuvo 30 puntos (percentil 70). En este caso se produjo lo contrario que en el pretratamiento: la puntuación fue similar a la media del grupo no-clínico (29.18). Una puntuación alta se relaciona con el incremento de las conductas y del afecto positivo como consecuencia de experiencias reforzantes desde el medio (Barraca, 2010).

**BADS.** Obtuvo una puntuación total de 91. El considerable incremento implica un acercamiento a la puntuación media del grupo no-clínico (95.51 puntos). Las

puntuaciones de las subescalas indican que su nivel de activación ha aumentado ligeramente, pero sigue siendo bajo (15 puntos); su grado de evitación/rumia ha disminuido, siendo actualmente medio (19 puntos); la ausencia de deterioro a nivel de trabajo/actividad se mantiene (7 puntos) y se aprecia un gran cambio en la puntuación de la escala de afectación de la vida social, no habiendo deterioro en el presente (6 puntos).

ASQ. Miguel obtuvo nuevamente puntuaciones relativamente similares entre las situaciones positivas (I=24, E=35, G=29, C=30, R=32) y las negativas (I=25, E=27, G=27, C=29, R=35). Sin embargo, todas las puntuaciones mejoraron con respecto al pretratamiento, apreciándose en el descenso de las de internalidad, estabilidad y globalidad, y en el aumento de las de control y responsabilidad. Asimismo, la puntuación del EEN también mejoró (79 puntos). Por último, en esta ocasión sólo mantuvo como no importante la situación de ser rico.

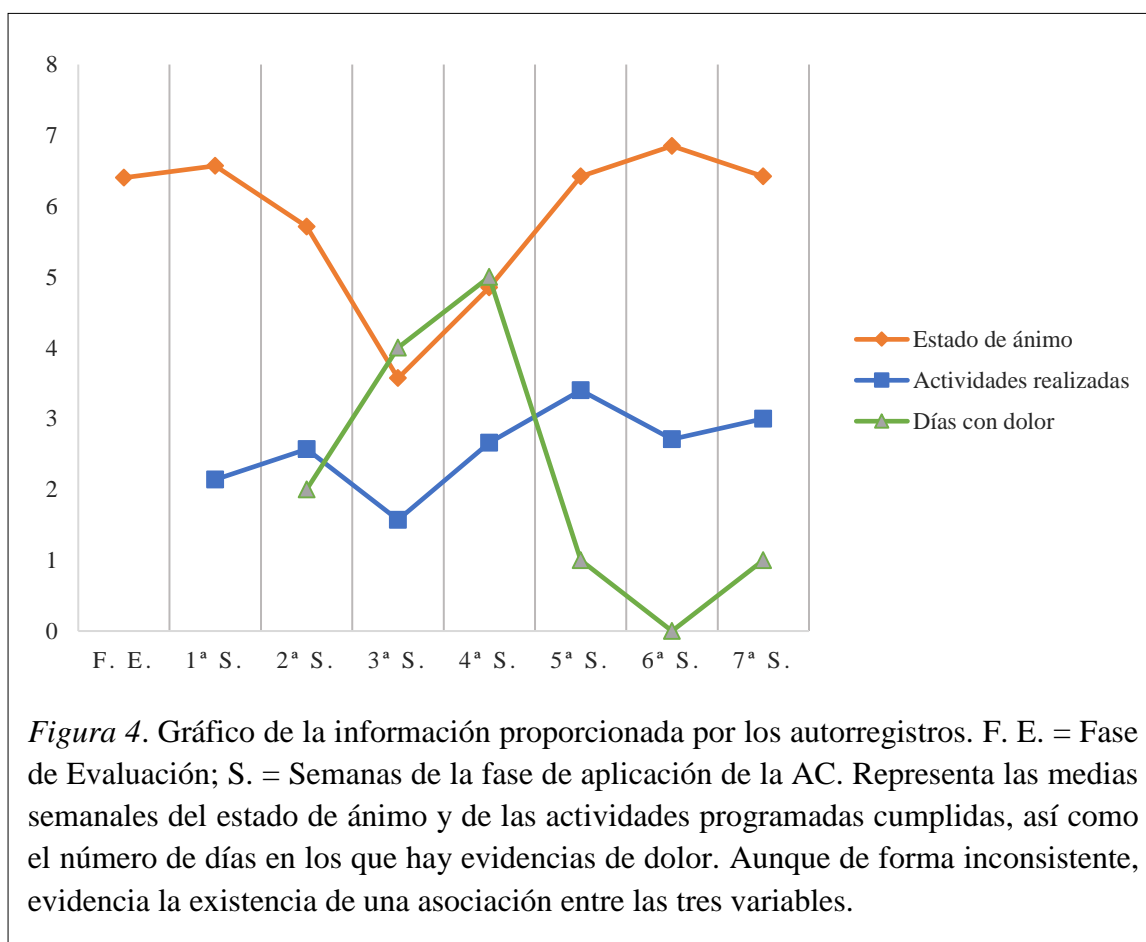


El resultado más representativo de mejoría y, por tanto, el más satisfactorio, fue el obtenido en el ítem 1 de las escalas de elaboración específica, en el que marcó 0 (*nada*)

## Aplicación de la AC en un caso de depresión y graves problemas de salud

como respuesta a ambas preguntas. Refirió no sentir actualmente ningún sentimiento de culpa respecto al fallecimiento de su madre. Por el contrario, las respuestas del ítem 2 fueron exactamente iguales que las de antes de la intervención.

Por último, se le volvió a pedir que realizase el listado de cosas positivas y negativas. Con respecto a la primera, respondió con más ganas y fluidez que la vez anterior — destacar que, entre ellas, incluyó “vivir”— y el segundo listado presentó menos elementos que en la primera ocasión, siendo éstos: “el desprecio de mi hija y la ausencia de mis nietos (9 puntos)”, “la falsedad de la vida (9 puntos)” y “la economía” (8 puntos). También se le pidió que puntuase las creencias evaluadas antes de la intervención: “No soy nada” (5 puntos), “Soy un mal padre” (5 puntos), “Soy el culpable de la muerte de mi madre” (0 puntos), y “Soy un estorbo” (5 puntos); todas se redujeron notablemente. Ante la pregunta de qué es lo que le generaba actualmente la rumia, respondió: “Soy el responsable del enfrentamiento que tuve con mi yerno y mi hija” (10



puntos)”, y “Soy el responsable de que mi hija no me hable” (5 puntos). Estos cambios a nivel de pensamiento sin un trabajo directo de reestructuración cognitiva darían soporte a la AC como tratamiento adecuado para este fin (Nieto y Barraca, 2017).

A pesar de no haber realizado muchas actividades, los cambios en su rutina han sido más que evidentes, habiéndose logrado un gran progreso en la mayoría de sus objetivos vitales: (1) Queda o llama a algún familiar al menos tres veces en semana; incluso organizó un almuerzo en el que reunió a todas sus hermanas; (3) Hace cinco comidas al día, come menos cantidad y ha restringido la comida basura. Asegura haber perdido 5kg; (4) Apenas tiene periodos de inactividad y, aunque abandonó el estudio del inglés, después de cogerlo con muchas ganas — se exigía demasiado, convirtiendo así la afición en un deber —, ha encontrado y mantenido otras aficiones. Aparte de la pintura, a raíz de una recomendación terapéutica descubrió que le apasiona la lectura. Ahora dedica casi todo su tiempo libre a dicha actividad, lo que sorprende tanto a su familia como a él mismo.

La comunicación brusca y las conductas de evitación — ver la televisión y dormir — desaparecieron con la propia programación de actividades. Otros indicadores de mejoría, extraídos de sus comentarios, son que ha vuelto a cantar — afirma que no lo hacía desde hace muchos años; al igual que escuchar música, que en la actualidad lo realiza a diario — y que tiene miedo a sufrir otra angina de pecho, cosa que antes no le importaba. Además, se considera ahora más positivo y más seguro de sí mismo.

El único objetivo que no se ha podido cumplir ha sido el que buscaba el incremento de las actividades que realiza con su mujer. Probablemente la causa sea no haberla podido implicar más. En la sesión de tratamiento conjunta, María admitió que estaba descuidando a Miguel por estar centrada en que su hijo no se desanimara — éste se encuentra muy preocupado por su situación económica —, además de por salir del trabajo agotada y con dolores. En dicha sesión se le dieron indicaciones terapéuticas para la realización conjunta de actividades, pero no las llevó a cabo. Y, como se ha comentado, Miguel prefería no recordárselo para que no se viera forzada.

La terapia, sin embargo, también ha sido beneficiosa a nivel conyugal, especialmente en la comunicación. Aunque ya era buena, ahora comparten más cosas y



tienen más asertividad para criticar lo que no les gusta de las actuaciones del otro. Además, María, poco a poco, se esfuerza en dedicarle más tiempo y atención. Si en los seguimientos se observase que la situación no ha cambiado y eso afectase gravemente al estado de ánimo de Miguel, habría que plantearse la realización de más sesiones conjuntas.

Otro de los cambios esperados que no se han cumplido es la eliminación de la culpabilidad por la falta de contacto con su hija. Aunque no era un objetivo que trabajar directamente, se esperaba que se produjese a causa de la intervención. A pesar de que los resultados no han sido tan buenos como los de la creencia de responsabilidad en el fallecimiento de su madre, al menos la puntuación en los listados se ha reducido a la mitad; ello evidencia una mejoría, apreciable también a nivel conductual y anímico. La causa de que el problema no haya desaparecido se debe, probablemente, a las actuaciones de su hija. Éstas, lejos de tener como intención la solución del conflicto, han provocado que Miguel siga teniendo muy presente el tema. Si la situación empeorase y los pensamientos de culpabilidad aumentaran, no respondiendo a la AC pese a elaborar objetivos y actividades específicos para su abordaje, habría que plantearse otro tipo de intervención; por ejemplo, trabajar el reconocimiento de las acciones propias, la aceptación y la atención a la experiencia como forma de eliminar dicha culpa.

Debido a que el tratamiento terminó poco antes de la publicación de este trabajo no se ha podido realizar ninguna sesión de seguimiento.

### **Conclusiones y discusión**

A pesar de que la AC no se ha implementado de forma protocolizada, muchos aspectos podrían haber sido realizados de forma más rigurosa, y los resultados no se deban exclusivamente al efecto de la intervención, éstos han dado una respuesta muy satisfactoria a uno de los dos objetivos del presente estudio: la producción de un cambio en la percepción de sí mismo y la mejora del estado anímico sin haber trabajado creencias.

Asimismo, la forma de comunicarse se modificó sin necesidad de intervención directa, pese a haber sido considerado uno de los objetivos principales del tratamiento. Miguel simplemente retuvo las sugerencias terapéuticas dadas durante las sesiones y las

aplicó, sin necesidad de indicárselo ni de darle instrucciones. La decisión de no abordar este objetivo se tomó a mediados del tratamiento, cuando expresó con satisfacción que estaba comenzando a actuar de forma menos impulsiva y reflexionando más antes de contestar. Una buena prueba de ello fue que, en un encuentro reciente con su yerno — casual y tenso—, no discutió, pese a que éste le estaba incitando; asegura que ni siquiera se enfadó.

Confiesa que antes reaccionaba constantemente de esa forma porque se sentía ansioso y confundido, y que, tras tantas pérdidas — a nivel físico, laboral y relacional — todo le era indiferente. Por tanto, aquella y otras situaciones descritas por Miguel durante el transcurso del tratamiento permiten inferir que el cambio en su forma de comunicarse se debe a la mejora de su estado de ánimo, lo que concuerda con lo hipotetizado en el FACCD. Otra razón por la que se decidió no trabajar más las habilidades de comunicación fue para acortar la duración del tratamiento y, de esta forma, reforzar que estaba avanzando.

Al respecto, se podría decir que han sido pocas las sesiones necesarias, considerando la complejidad del caso. Para Miguel, lo más determinante en su recuperación fueron las intervenciones de dotación de control, planteadas con el fin de implicarle en su propia mejoría; la conversación que tuvo con sus hermanas sobre su presunta responsabilidad en el fallecimiento de su madre — les preguntó por iniciativa propia —, y la alianza terapéutica, que se consolidó desde las primeras sesiones. A todo ello es necesario añadir su excelente disposición al cambio y su completo compromiso en el registro y realización de sus actividades. Como ya se ha mencionado, no faltó a ninguna cita programada — salvo por enfermedad —, y completó diariamente los auto-registros durante casi dos meses. De hecho, asegura que va a seguir haciéndolos, aunque haya concluido el tratamiento, para ser más consciente de su actividad.

Hay que reseñar que, hasta la octava sesión — la segunda del tratamiento —, las puntuaciones sobre su estado anímico probablemente no fuesen del todo fiables. En dicha sesión se le preguntó por qué apenas puntuaba por debajo del cinco, a pesar de admitir en múltiples ocasiones que se había hundido. La razón que dio fue que no se encontraba preparado para verse por debajo de esa cifra; no quería aceptar que a veces se encontraba

tan mal, por miedo a cómo fuese a reaccionar. Tras explicársele la importancia de un buen registro, tanto para que valorase más sus puntuaciones cuando fueran altas como para que éste fuese a partir de entonces más fiable, empezó a hacerlo — este cambio en la estimación de las puntuaciones se puede apreciar en la figura 4 —. Por ello, las puntuaciones anteriores han de ser interpretadas con precaución.

Es mencionable también que el perfil atribucional obtenido en el ASQ antes del tratamiento no corresponde con el estilo atribucional que Miguel mostró en las entrevistas ni con el EEN típico de personas propensas a desarrollar depresión y otras emociones negativas, que tienden a explicar los acontecimientos negativos mediante causas internas, globales y estables, dando la interpretación contraria a los eventos positivos (Sanjuán, Pérez-García, Rueda y Ruiz, 2008). Asimismo, la puntuación en la internalidad de los eventos negativos fue prácticamente la misma en el pretratamiento y el postratamiento, mientras que las del ítem 1 de las escalas de elaboración propia, que mide lo mismo, representa un cambio radical de la internalidad a la externalidad. Esto se podría deber a que la primera vez encontró difícil su realización y precisó de ayuda para completarlo, pudiendo este hecho haber influido en los resultados del pretratamiento.

Otras puntuaciones extrañas son la de la subescala de activación (BADs), que se mantuvo en el postratamiento más baja que la media del grupo clínico, y las del ítem 2 de la escala de elaboración específica, cuyos resultados fueron idénticos a los de antes del tratamiento. En cuanto a la subescala de activación, la lógica nos lleva a pensar que, llevando a cabo una terapia de AC, precisamente ésta debería ser la que sufriera un cambio más evidente. Son múltiples las hipótesis que pueden intentar explicar este fenómeno. Analizando sus respuestas a la subescala — los ítems con menor puntuación fueron el 3, el 7, el 11 y el 12 —, lo más plausible es que a Miguel, una vez conseguido el cumplimiento de las actividades programadas durante el tratamiento, le parezca insatisfactorio el número de actividades que realiza, y no se haya establecido nuevas metas; especialmente a largo plazo y relacionadas con sus valores. Con respecto a las respuestas al ítem 2, éstas se pueden deber a que su mujer apoya completamente su creencia de que él ya ha hecho todo lo que podía hacer — de hecho, se lo repite constantemente —, por lo que no alberga ningún atisbo de duda.

Cabe recordar que sigue presentando una depresión moderada, por lo que es normal que no todas sus puntuaciones sean las deseadas. En las sesiones de seguimiento se decidirá, según la valoración de la situación, así como en función de la demanda, si añadir o no sesiones de refuerzo. Independientemente, y considerando la brevedad del tratamiento, se puede concluir que se han cumplido los criterios de éxito en la terapia: eficacia, efectividad y eficiencia (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010).

Como ya se adelantaba, aunque la AC ha demostrado en múltiples estudios su eficacia, para que sea un tratamiento comúnmente elegido primero ha de incrementar su apoyo empírico. Barth et al. (2013) manifestaban en su metaanálisis que la falta de resultados robustos de eficacia en AC se debía a la ausencia de grandes estudios. En esa línea, el NCCMH (2010) realizó una búsqueda sistemática de la relación coste-eficacia de la AC con respecto al tratamiento con antidepresivos, concluyendo que la evidencia al respecto era muy limitada. En respuesta, dan las claves para su solución — para una información completa y detallada, consultar la p. 302 de su guía —. Su parsimonia y su corta duración son buenas razones para predecir su buena relación coste-eficacia. Por ello, sería recomendable que la investigación tomase ese rumbo, pues, de lo contrario, la TC siempre terminará siendo seleccionada como tratamiento de elección, por su robusta evidencia clínica.

El objetivo restante del presente estudio era averiguar las variables implicadas en dicha eficacia. A partir de la realización de un análisis funcional se juzgó más eficiente optar por una AC que por una intervención cognitiva. La primera se consideró la más apropiada porque las características del problema — la amplia disponibilidad de tiempo libre debido a su incapacidad permanente, sus conductas de evitación y la realización de un escaso número de actividades, con su consecuente poco reforzamiento de su entorno — encajaban mejor en sus premisas. Igualmente, su nivel cultural y mal estado físico, que probablemente afectase a su concentración, hubieran limitado un trabajo de discusión cognitiva. Si dichas características hubiesen sido distintas seguramente se hubiera optado por otro tipo de intervención.

Por ese motivo sería interesante llevar a cabo un tratamiento opuesto — partir de una intervención cognitiva sin abordar el componente conductual — para la comparación

y valoración de los resultados, así como replicar o complementar este estudio con otros para averiguar si en casos similares aparecen las mismas variables y la terapia sigue mostrándose eficaz.

Sin embargo, lo que realmente se busca transmitir es que, aunque para la elección de un tratamiento es indiscutible la necesidad de un robusto apoyo empírico, ante la disponibilidad de una amplia variedad de Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia (TPBE) para un mismo trastorno esto no puede ser criterio suficiente: es fundamental realizar un correcto análisis funcional del caso para detectar las variables claves y así decidir, *a posteriori*, cuál de dichos tratamientos se adecúa más a ellas. En resumen, el presente estudio defiende el enfoque ideográfico — personalizado; ajustado a las características del paciente — versus al nomotético — general; basado en un diagnóstico — como garantía de eficacia.

### Referencias

- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 95-107.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., y Lozano-Bleda, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*, 14(02), 998-1009.
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... y Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Plos Med*, 10(5), doi: e1001454.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.
- Dimidjian S., Hollon S. D., Dobson K. S., Schmalting K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Society of Clinical Psychology*. Recuperado de <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/behavioral-activation-for-depression/#treatment-manuals>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas En la Evidencia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.

- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., y Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *Plos One.*, 9(6), doi: e100100.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Guillén-Riquelme, A., y Buéla-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Haynes, S. N., Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., y Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 225-286.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman, y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: John Wiley.
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Depression: the treatment and management of depression in adults* (updated edition). Leicester: British Psychological Society.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE; 2016). *Depression in adults: recognition and management*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance>
- Nieto, E., y Barraca, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Pérez-Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A. M., Rueda, B., y Ruiz, M. Á. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(1), 45-52.
- Sanjuán, P., Magallares, A., González, J. L., y Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión española del Cuestionario de Estilo Atribucional ante situaciones negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 61-71.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121-142.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., y Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42(1), 100-108.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., Rueda, B., y Ruiz, M. Á. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(1), 45-52.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., y Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317-338.



Vallejo, M. A. (2012). La situación actual de la terapia de conducta. En M. A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta. Vol. I* (pp. 39-79). Madrid: Dykinson.

Vázquez, F. L., y Torres-Iglesias, Á. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18(2), 221-246.

### Apéndice

Escalas elaboradas como complemento del ASQ.

- 1) Que mi madre muriera dependió de...

MÍ

*Nada 0 -1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Totalmente*

LOS MÉDICOS

*Nada 0 -1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Totalmente*

- ¿Qué otras cosas podrías haber hecho para evitarlo?

- 2) Mi situación con mi hija depende de...

MÍ

*Nada 0 -1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Totalmente*

MI HIJA

*Nada 0 -1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Totalmente*

MI YERNO

*Nada 0 -1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Totalmente*

- ¿Qué cosas podrías hacer para mejorarla?

Nota: El ítem 1 se ideó para evaluar la dimensión internalidad-externalidad, mientras que el ítem 2 se empleó para obtener información acerca del grado de control percibido sobre el problema.