

TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Apuntes para un Seminario



Ps Jaime E Vargas M

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN

- 1.1.- Activación Conductual (BA): Revisión del Tratamiento de la Ansiedad
www.fearcourse.com
- 1.2.- La Terapia de Activación Conductual para la Depresión
Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010
- 1.3.- La terapia de Activación Conductual: Principios y Aplicaciones
Luis Valero Aguayo, 2009

II.- PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS

- 2.1.- Activación Conductual para la Depresión
David Veale, 2008
- 2.2.- Una Revisión Cualitativa y Cuantitativa de la Activación Conductual como Tratamiento de la Depresión Mayor
Spates, Pagoto & Kalata, 2006
- 2.3.- Terapia de Activación Conductual: filosofía, conceptos y técnicas
Turner & Leach, 2012
- 2.4.- Dejar de pensar y empezar a actuar: cambiando de la terapia cognitiva a la activación conductual en un caso de depresión crónica resistente al tratamiento
Bottonari, Roberts, Thomas & Read, 2008
- 2.5.- Activación Conductual para los Desórdenes de Ansiedad
Hopko, Robertson & Lejuez, 2006

III.- TEORIA DE LA DEPRESIÓN

- 3.1.- Un Análisis Funcional de la Depresión
C. B. Ferster, 1973
- 3.2.- Teoría Conductual de la Depresión: el reforzamiento como variable mediadora entre la evitación y la depresión
Carvalho & Hopko, 2011

Apéndice: Propuesta de Intervención Sistemática

Activación Conductual (BA): Revisión del Tratamiento de la Ansiedad

<http://www.fearcourse.com/articles-and-notes/313-behavioral-activation-ba-anxiety-treatment-review.html>

¿Qué es la Activación Conductual?

La Activación Conductual (BA) es una forma de Terapia Cognitiva Conductual (CBT) que se emplea fundamentalmente para tratar la depresión, aunque también resulta útil en los trastornos de miedo y ansiedad.

La Activación Conductual es considerada como parte de la tercera generación de Terapias Cognitivo Conductuales ya que surge de una serie de estudios analíticos sobre la efectividad de diversas formas de terapia Cognitivo Conductual. De hecho existen cerca de 35 tipos de CBT. Esta investigación¹ muestra que cuando se trata a la depresión clínica, en contraste con los trastornos de miedo y ansiedad, los elementos cognitivos del tratamiento tienden a tener un impacto mínimo, por lo que la Activación Conductual se enfoca en los elementos conductuales del tratamiento.

¿Cómo funciona la Activación Conductual?

El principio tras la Activación Conductual indica usar reforzadores y castigos para guiar el comportamiento individual hacia patrones más normalizados.

Los pasos de la terapia incluyen:

1. El paciente con el terapeuta redactan una lista de cosas que están reforzando los patrones de conducta actuales y otra lista con actividades que refuerzan la conducta normalizada.
2. El paciente luego produce un conjunto de metas conductuales que el terapeuta rastrea.
3. Ambos crean un plan o una jerarquía de acción para modificar la conducta del paciente mediante un conjunto de reforzadores y (a veces) de castigos.
4. Luego emplean un instrumento objetivo (como el Inventario de Depresión de Beck) para medir el efecto

Eficiencia

La Activación Conductual se considera una forma muy efectiva para tratar la depresión. Un estudio con un tratamiento de largo plazo reporta que la Activación Conductual es más efectiva que la terapia cognitiva y produce resultados semejantes al tratamiento farmacológico de casos de depresión clínica².

1. Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E., & Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2): 295-304
2. Dimidjian, S. et al. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(4): 658-670

LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Traducido y adaptado de Martell, Christopher R; Dimidjian, Sona; Herman-Dunn, Ruth. 2010. *Behavioral Activation for Depression. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.

¿QUÉ ES LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN?

La activación conductual es un tipo de tratamiento estructurado y breve para la depresión de cualquier gravedad. Se basa en las teorías del aprendizaje y más en concreto en las investigaciones de Ferster, Lewinsohn, Rehm y Beck. La actual relevancia de la activación conductual procede principalmente de un ensayo clínico (*el estudio de Seattle*) en el que se comparó la eficacia de la terapia de activación conductual con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico (paroxetina). El objetivo del estudio era verificar algunos estudios previos que sugerían que la terapia psicológica no era eficaz para los pacientes con una depresión moderada o grave. Los resultados del ensayo mostraron que, a corto plazo, la activación conductual era tan eficaz como la terapia farmacológica incluso entre los casos de mayor gravedad y superior a la terapia cognitiva en este tipo de casos. A largo plazo se observó un menor porcentaje de recaídas entre los pacientes tratados con la activación conductual que entre los pacientes tratados con el tratamiento farmacológico. Numerosos estudios posteriores han confirmado estos resultados.

La terapia de activación conductual se basa en la observación de que la modificación del comportamiento puede ejercer un efecto positivo en las emociones. Por ese motivo, su aplicación requiere un conocimiento sólido de las leyes del aprendizaje. Todas las técnicas que se aplican en la activación conductual están orientadas a incrementar la disponibilidad de experiencias gratificantes y a reducir las experiencias aversivas. Por lo tanto, una parte fundamental de la terapia de activación conductual incluye la identificación y modificación de aquellos comportamientos que inhiben la activación como las conductas de evitación y huida. Con este fin, el terapeuta y el cliente trabajan juntos para desarrollar de manera individualizada las tareas de activación que serán completadas entre sesiones y para solucionar los posibles obstáculos a la activación que puedan surgir.

LOS DIEZ PRINCIPIOS DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Principio 1:

La clave para cambiar cómo nos sentimos es cambiar la forma en que hacemos las cosas.

Principio 2:

Las circunstancias vitales pueden conducir a la depresión, pero a veces son las estrategias que utilizamos para manejar la depresión las que nos impiden salir de ella

Principio 3:

La clave para descubrir qué cosas tendrán un efecto antidepresivo se encuentra en lo que pasa justo antes y justo después de nuestros comportamientos.

Principio 4:

Nuestras vidas deben estructurarse siguiendo un plan, NO siguiendo al estado de ánimo.

Principio 5:

El cambio es más sencillo si empezamos por los cambios más pequeños.

Principio 6:

Preste especial atención a las actividades que son intrínsecamente gratificantes.

Principio 7:

Su terapeuta será más un entrenador que un maestro.

Principio 8:

Si la activación conductual fuera tan sencilla los psicólogos no tendríamos trabajo. La terapia de activación conductual requiere un proceso continuo de desarrollo de posibles soluciones y de verificación de su utilidad. Cada paso que nos aleja de la depresión cuenta.

Principio 9:

¡No se limite a hablar sobre ello, hágalo!

Principio 10:

Terapeuta y cliente deben colaborar con persistencia y creatividad para superar los obstáculos que a buen seguro entorpecerán la activación conductual.

La Terapia de Activación Conductual: Principios y Aplicaciones

Luis Valero Aguayo

Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Universidad de Málaga

Entre las psicoterapias de base conductual que han surgido en los últimos años, la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, 1989, Martell, Addis y Jacobson, 1991; Lejuez et al., 2005) ha mostrado su eficacia muy pronto y de forma específica para trastornos depresivos. La TAC realmente no es “nueva” en sus principios de análisis de conducta, ni se aparta demasiado de las bases experimentales del comportamiento depresivo, retoma los análisis de Ferster y Lewinson sobre depresión. Esta terapia busca las causas “fuera”, en el contexto de la vida las personas, y trata de llevar a cabo alternativas más creativas y eficaces en la vida cotidiana de esas personas para instaurar comportamientos más positivos y emocionalmente más felices. Buscar las causas “dentro” no sería sino tomar el resultado o producto de un proceso conductual, como si fuese la causa de ese mismo proceso.

Los datos empíricos muestran que los trastornos depresivos están relacionados con los acontecimientos vitales del individuo día a día, con las situaciones estresantes, las relaciones interpersonales, situaciones de trabajo, el contexto aversivo continuado, etc. En este análisis, la “cognición”, los pensamientos negativos, autodespreciativos, rumiatorios sobre acontecimientos pasados, de autoestima baja, etc., y también las emociones consiguientes de tristeza, desgana, anhedonia, etc., son sólo producto de esas contingencias, no la causa. En concreto el estudio de Kanter, Kohlenbeg y Loftus (2004) muestra con análogos experimentales cómo la forma de razonamiento explicada a los clientes influye en la frecuencia de su comportamiento autodescrito (emocional, pensamientos, actividad).

Por otro lado, una vez instaurado una serie de comportamientos depresivos, éstos son reforzados por la comprensión, lástima o conmisericordia de su entorno social; y a su vez, en muchos de los casos clínicos depresivos, estas conductas están también mantenidas por reforzamiento negativo, como evitación o escape a esas situaciones que la persona esta sufriendo día a día. A largo plazo, cuando la persona desarrolla ese patrón continuado de evitación, está siendo reforzado precisamente por ello por sus familiares, y está bajo castigo en una situación continuada. Los mismos repertorios desarrollado impiden otras oportunidades de conseguir reforzamiento, de tener más relaciones o desarrollar habilidades más positivas que contrarresten esa situación (Kanter et al., 2005).

Si partimos de ese Análisis Funcional de las conductas depresivas, el individuo lo va a tener difícil para salir de ese “hundimiento” que es literalmente la “depresión” (etimología latina). El terapeuta va a actuar como una ayuda o una dirección en el proceso para ir

cambiando progresivamente esas contingencias cotidianas. Lo novedoso de esta TAC precisamente va a ser la forma más creativa e innovadora de producir esos cambios, esa activación de comportamientos positivos día a día. Cambios que pueden ser decisiones pequeñas del día a día, formas de enfrentarse a la vida, formas de relacionarse con otros, y formas sencillas de eliminar la inactividad como tal.

La depresión se concibe como una interacción entre el contexto y la conducta de la persona, es un cambio dentro de un contexto, más que algo interno al individuo. Más que conocer los contenidos y la forma de los pensamientos depresivos o de las emociones como tales, interesa conocer su función. Interesa conocer cuáles son las consecuencias inmediatas de la conducta de ese cliente, y también sus efectos en el entorno social, y cómo afectan estas relaciones a sus emociones. Es decir, los pensamientos y emociones depresivas son producto de la interacción, no la causa. Estas son algunas de las ideas iniciales que se pretenden cambiar en el individuo, que deje de utilizar su “depresión” como excusa o evitación para enfrentarse a las cosas. Se trata a enseñar al individuo a ser observador de su propio comportamiento y de las consecuencias que tiene en su contexto cotidiano; pero también a ser actor de su propia vida, poner en marcha pequeños cambios y observar los resultados o consecuencias inmediatas que tienen sobre sí mismo y sobre su estado de ánimo. Sin embargo, tampoco la actividad aislada por sí misma produce efectos, ninguna acción ocurre en el vacío, y ha de observarse las funciones que tienen las conductas del cliente para intentar cambiarlas. Esas funciones van a ocurrir dentro y fuera de la consulta psicológica, delante del terapeuta y también en su vida cotidiana fuera en el hogar; pero la actuación del psicólogo/a dentro de la sesión puede comenzar a cambiar esas funciones directamente “in vivo”. En ese contexto clínico, las interacciones entre terapeuta y cliente son también una fuente de observación de esos comportamientos y los efectos que producen. Se enseña al individuo a no centrarse en los contenidos de sus emocionales, sino a centrarse en la función que tienen sobre su propio comportamiento; al igual que centrarse en sus emociones y la función que tienen para la actuación momento a momento. No cómo se siente, sino por qué las cosas que le pasan le hacen sentir así.

De forma generalizada en las personas con problemas depresivos, la inactividad es una respuesta de evitación, hay una forma pasiva de afrontar los acontecimientos, sobre todo si han sido estresantes o aversivos para esa persona. Frente a eso el terapeuta fomenta la actividad mínima, estableciendo rutinas en la vida diaria, cambios pequeños que produzcan estabilidad en su actividad aunque sea mínima al inicio de la terapia. De manera progresiva, se busca que el individuo adopte un afrontamiento activo de las situaciones diarias, no evite o escape de los problemas.

Dentro de la TAC, en esa interacción sesión a sesión, el terapeuta ha de tener muy presentes la aplicación de los principios del comportamiento, las funciones que tienen, lo que la persona hace y dice. Como en otras terapias conductuales, se trata de una aplicación idiográfica de los principios del Análisis Funcional. Pero aquí no hay fases, ejercicios o técnicas concretas con un orden determinado, sino que se adaptan a la

marcha del proceso terapéutico y la progresión del cliente. Sin embargo, sí puede hablarse de tres etapas globales al desarrollar la TAC:

1 – Establecer una buena relación terapéutica y explicar el modelo, donde el terapeuta actuará como oyente no punitivo, sólo da informaciones, será una guía a lo largo del proceso; y comienza a trabajar sobre las funciones de la conducta depresiva de ese cliente en particular. Dentro de este proceso se realizan tareas y ejercicios como parte activa del tratamiento, con objeto siempre de observar las relaciones entre la conducta y sus consecuencias. Además de observar las conductas positivas o adaptativas, por muy pequeñas que sean para proponerlas como objetivo a aumentar; y también la búsqueda de todo tipo de reforzadores (personas, actividades, objetos, situaciones, etc.) para utilizar a lo largo del tratamiento. Siempre se van a buscar reforzadores positivos naturales, consecuencias habituales y lógicas que suelen tener los comportamientos en su contexto diario.

2 – Monitorizar las relaciones entre acciones y estado de humor. Se trata de monitorizar las actividades día a día para observar relaciones funcionales en la conducta depresiva del cliente. Aquí se utilizan autorregistros de actividades diarias, esquemas relacionales y descripciones de conductas (cuáles, cómo, cuándo, dónde, ante quién, qué pasa después, qué siente...). Con ellas se van a realizar análisis de cadenas de respuestas más pequeñas, actividades mínimas que puedan controlarse o cambiarse con mayor facilidad, o que impidan iniciar toda la secuencia de carácter depresivo. Para esas explicaciones se utilizan esquemas con acrónimos que ayuden al cliente a recordar esas funciones de su propia conducta, con ejemplos adaptados de su propia experiencia. Por ejemplo, el típico acrónimo A-B-C (*Antecedents-Behavior-Consequences*), pero también el de TRAP (*Trigger-Response-Avoidance-Pattern*).

3 – Aplicar nuevas estrategias para enfrentarse a los problemas. Por un lado aceptación de las emociones y estado de humor, actuar como si..., pero por otro también se trata de la búsqueda de alternativas. Hay que buscar cambios para mejorar la vía diaria, y cambios que puedan ser reforzados de manera natural en el contexto diario de esa persona. Aquí se utiliza, p.ej., el acrónimo ACTION (*Assess-Choose-TryOut- Integrate-Observe- NeverAbandone*) como forma de recordar las pautas de actuación en su vida diaria. Se van a asignar actividades para casa que obtengan reforzamiento positivo natural, que supongan de alguna forma enfrentarse a los demás, realizar cambios especiales en la situación, en un tiempo y un lugar específicos, que supongan ya un cambio activo en la forma de abordar las relaciones con su entorno más próximo, sobre todo su entorno familiar y social. Más a largo Plazo, se trata de buscar un sentido a la vida del individuo, centrarse en el futuro, una actitud activa y autodirectiva de su vida. Buscar compromisos consigo mismo como persona, compromisos para hacer algo, no sugeridos por el terapeuta, sino surgidos de su vida diaria. Se busca una congruencia como persona, ser fiel a sí mismo, y actuar en relación a lo que se promete.

4 – Revisiones y prevención de recaídas. En las sesiones finales de la TAC se enseñan habilidades asertivas para enfrentarse a los problemas, para enfrentarse también a las

relaciones con los demás, incluso formas de buscar reforzamiento social, cuando aparezcan situaciones extinción y castigo verbal de los demás. También ensayos de *role-playing* simulando situaciones problemáticas ante los demás, e incluso la incorporación de otros familiares, la pareja u otros allegados en esta parte de la terapia para facilitar esas habilidades asertivas.

De forma general, la estructura de trabajo dentro de las sesiones de TAC es siempre similar, y va progresando conforme se van consiguiendo esas pequeñas actividades positivas del cliente. Estas tareas serían las siguientes:

- 1 – Identificar las necesidades de los clientes en cada momento.
- 2 – Identificar los objetivos semanales dentro y fuera de las sesiones.
- 3 – Revisar y discutir sobre las tareas de la semana anterior.
- 4 – Establecer una “agenda” o temas a tratar en cada sesión.
- 5 – Establecer tareas o “ejercicios de prácticas” para cada sesión.

El trabajo del terapeuta en esas sesiones es más de “*coaching*” o “*consejero*” que de terapeuta de una forma más rígida o estructurada. El terapeuta ha de estar utilizando continuamente el Análisis Funcional de la interacción propia dentro de la sesión, y también de las interacciones del individuo en su vida diaria, con objeto de dar sugerencias sobre esas funciones y guiar actividades alternativas. Actividades que son pequeñas, imaginativas y adaptadas al individuo, que suponen reforzamiento positivo natural por los propios cambios emocionales subsecuentes y por el ambiente social inmediato. En suma, esas actividades van a impedir la función de evitación continua que suelen adoptar los comportamientos depresivos.

La TAC, aunque muy reciente, ha generado numerosa investigación experimental y de valoración de resultados en casos clínicos (Hopko et al., 2004, 2005; Mulick y Naugle, 2004; Ruggiero et al., 2005) y diseños de grupos (Cullen et al., 2006; Dimidjan et al., 2006; Hopko et al., 2003, Porter et al., 2004). También se ha creado un manual con el protocolo de esta TAC (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001, 2002), incluso sus propios instrumentos de autorregistro, análisis de las interacciones diarias, y escala de evaluación de activación en problemas depresivos (Kanter et al., 2009). También ha aparecido un estudio de meta-análisis (Cuijpers et al., 2007) donde muestran los efectos superiores a tratamientos placebos y tratamientos farmacológicos, e idénticos a los de tratamientos cognitivo-conductuales habituales, pero con menos sesiones y menos complejidad que esos otros tratamientos. En el anexo aparece una relación de publicaciones y bibliografía complementaria sobre estas investigaciones, manuales y artículos sobre casos clínicos.

Como resumen la TAC es una terapia que reconsidera y revitaliza los análisis funcionales que ya se hacían sobre los comportamientos depresivos, y propone soluciones con más imaginación y adaptadas al día-a-día. Según los autores, también, no es un libro de recetas, sino una forma o filosofía de tratamiento basada en el Análisis Funcional. Desde esta perspectiva, no hay incompatibilidad con otras técnicas más específicas de

modificación de conducta; pero sí supone una forma bastante diferente de abordar los problemas depresivos respecto a la habitual terapia cognitivo-conductual.

Aquí lo importante de los pensamientos y emociones depresivas es su función, y ésta se cambia cambiando el contexto donde ocurren. Con todo, desde esta TACT, cualquier técnica que aumente la actividad, el reforzamiento positivo del individuo, y en suma mejore su calidad de vida será de utilidad para resolver esos problemas.

Bibliografía sobre Terapia de Activación Conductual

- Cuijpers, A.S., Straten, A.; y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 3, 318-326.
- Cullen, J.M., Stapes, C.R., Pagoto, S., y Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R., Addis, M., Gallop, R., McGlinchey, J., Markley, D., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., & 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 (4), 658-670.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J., Reese, H.W., y Sarbin, T.R. (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D. R., Hopko, S. D., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Activation. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds.), *Encyclopedia of Behavior Modification and Cognitive Behavior Therapy: Volume I* (pp.46-51). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Armento, M. E. A., & Bare, R. L. (2004). Depressive disorders. In M. Hersen (Ed.), *Psychological assessment in clinical practice: A pragmatic guide* (pp. 85-116). New York: Taylor & Francis.
- Hopko, D. R., Robertson, S., & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral Activation for Anxiety Disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-232.
- Hopko, D.R., Armento, M., Chambers, L., Cantu, M., Lejuez, C.W. (2003). The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy* 41, 1137-1148.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., McNeil, D.W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification* 27, 458-469.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J., Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review* 23, 699-717.

- Jacobson, N.S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanter, J.W., Kohlenberg, R.J., y Loftwus, E.F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 2, 229-239.
- Kanter, J.W., Cautilli, J.D., Busch, A.M., y Boruch, D.E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6, 1, 65-81.
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Busch, A.M., Rusch, L.C. (2008). Making Behavioral Activation more behavioral. *Behavior Modification*, 20, 10, 1-24.
- Kanter, J.W., Rusch, L.C., Busch, A.M., y Sedivy, S.K. (2009). Validation of the Behavioral Activaton for Depression Scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 36-42.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification* 25: 255-286.
- Lejuez, C. W. Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston, MA: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Daughters, S. B. (2005). A Mental Health Counselor's Guide to the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD). In *New Directions in Mental Health Counseling* (pp.81-90). Long Island City, NY: The Hatherleigh Company.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2005). Therapeutic Alliance in Behavior Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42,456-468.
- LeJuez, C.W., Hopko, D.R., LePage, J., Hopko, S.D., McNeil, D.W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 8: 164-175.
- Martell, C.R., Addis, M.E., y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. New York: Norton & Comp.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Dimidjian, S. (2004). Finding the action in behavioral activation: The search for empirically-supported interventions and mechanisms of change. In S. Hayes, M. Linehan, & V. Folette (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. (pp.152-167). New York: Guilford.
- Martell, C. R. (2003). Behavioral activation therapy for depression. In O'Donohue, W., Fisher, J., and Hayes, S. (Eds.) *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques* (pp. 28-32). New York: John Wiley & Sons.
- Mulick, P.S., y Naugle, A.E. (2004) Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- Porter, J.F., Stapes, C.R., y Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research*

and Practice, 35, 297-301.

- Ruggiero, K.J., Morris, T.L., Hopko, D.R., y Lejuez, C.W. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 2, 1-17.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., y Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice and Training*, 45, 2, 173-185.
- Stanley, M. A., Diefenbach, G., & Hopko, D. R. (2004). Cognitive-behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification*, 28, 73-117.
- Stanley, M. A., Veazey, C., Hopko, D. R., Diefenbach, G., & Kunik, M. (2005). Anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A new intervention and case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 424-436.
- Wetherell, J. L., Hopko, D. R., Diefenbach, G. J., Averill, P. M., Beck, J. G., Craske, M. G., Gatz, M., Novy, D. M., & Stanley, M. A. (2005). Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: Who gets better? *Behavior Therapy*, 36, 147-156.

Activación Conductual para la Depresión

David Veale

Advances in Psychiatric Treatment (2008), 14: 29-36

Traducción resumida: Ps Jaime E Vargas M

Como una terapia formal para la depresión, la activación conductual se enfoca en la programación de actividades para animar a los pacientes a efectuar actividades que ellos evitan y a analizar la función de los procesos cognitivos (como la rumiación) que sirven como una forma de evitación. Se ubica a los pacientes para que replanteen sus metas en dirección a sus valores en la vida. La principal ventaja de la activación conductual por sobre la terapia cognitivo conductual tradicional para la depresión, consiste en que es más fácil de entrenarse en ella y en que puede usarse tanto en pacientes ambulantes como hospitalizados. En este artículo se describe la teoría y los principios de la activación conductual, la evidencia en que se basa y se formula una guía estratégica.

Hará tres décadas, que Ferster (1973) desarrolló un modelo de depresión basado en la teoría del aprendizaje: establecía que cuando la gente se deprime, muchas de sus actividades les sirven para evitar y escaparse de pensamientos, sensaciones y situaciones externas aversivas. Así, la depresión ocurre cuando las personas desarrollan un repertorio estrecho de comportamientos pasivos y evitan de manera eficiente la estimulación aversiva. Como consecuencia, alguien con depresión se involucra con menos frecuencia en actividades placenteras o satisfactorias y obtiene menos reforzamiento positivo que alguien sin depresión. Lewinsohn et al (1976) desarrolló el primer tratamiento conductual para la depresión, en el cual los pacientes aumentan el número tanto de actividades placenteras como de interacciones positivas con su ambiente social. Se condujeron diversas investigaciones prometedoras, pero estas se olvidaron con el surgimiento de la terapia cognitiva para la depresión en los años 1980's.

Jacobson et al (1996) diseñó un importante estudio para evaluar los componentes de la terapia cognitiva. De manera aleatoria asignó 150 personas con depresión a tres grupos: uno con un programa de actividades, otro con un programa de actividades más manejo cognitivo de los pensamientos automáticos y otro con un programa de actividades, manejo cognitivo de pensamientos automáticos, creencias y suposiciones principales (terapia cognitiva completa).

Estos investigadores encontraron que no había diferencias significativas tanto clínicas como estadísticas entre los tres grupos y llegaron a la conclusión de que los componentes cognitivos de la terapia eran redundantes. Estos resultados se mantuvieron a los 2 años de seguimiento (Gortner et al, 1998). Un meta-análisis subsecuente de 17 reportes que involucraban a 1000 participantes (Cuijpers et al, 2006; Ekers et al, 2007) muestra que no hay diferencia en la eficacia entre los enfoques conductuales y la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión en adultos.

Teoría de la Activación Conductual

La activación conductual es un desarrollo a partir de la programación de actividades, que es un componente de la terapia cognitiva. Desarrollada por Martell et al (2001), posee dos propósitos principales: el uso de las actividades evitadas como guía para la programación de actividades y el análisis funcional de los procesos cognitivos implicados en esta evitación. Una versión más sencilla de programación de actividades sin análisis funcional de los procesos cognitivos se describe en Hopko et al (2003b).

La activación conductual se funda en la teoría del aprendizaje y el funcionalismo contextual. No se trata de solo programar eventos placenteros o satisfactorios (como en el primer estadio de la terapia cognitiva). No se enfoca en una causa interna de la depresión como los pensamientos, los conflictos internos o la disfunción serotoninérgica. El enfoque recae en el evento completo y en las variables que pueden influenciar la ocurrencia de respuestas no útiles (tanto conductas abiertas como procesos cognitivos). La contextualización implica un enfoque pragmático, mirando a lo que predice y mantiene las respuestas no útiles que son diversos reforzadores que impiden que la persona alcance sus metas.

Durante las primeras sesiones, la teoría tras la terapia se delinea claramente ante el paciente. El terapeuta ofrece explicaciones positivas para los síntomas del paciente y busca feedback para ilustrar cómo es que las soluciones del paciente son el problema, manteniendo su malestar e incapacidad. Por ejemplo, a un paciente se le puede decir que su depresión es bastante entendible dado el contexto en el que se encuentra (quizá en una relación conflictiva o lamentando una terrible pérdida). La experiencia de la depresión se considera como consecuencia de estar evitando o escapando de sensaciones y pensamientos aversivos (llamada 'evitación experiencial'). Se enfatiza que esto, también, es enteramente comprensible como una respuesta natural.

Conforme progresa la terapia, se le enseña a los pacientes cómo analizar las consecuencias no intencionales de su forma de responder, incluyendo la inactividad y la rumiación (e.g. buscar explicaciones de lo que le haya sucedido en el pasado o intentar resolver problemas irresolubles). Se les muestra que sus formas de encarar su situación es lo que los hace recogerse y evitar tanto sus actividades normales como la interacción social. Esto a su vez lleva a una depresión más profunda, a mayor rumiación y a perderse experiencias de la vida que normalmente producen satisfacción o placer. Más aún, la forma en que actúan afecta su ambiente y a otras personas de una manera que puede agravar su depresión.

Ejemplos de evitación cuando se está deprimido

Recogimiento social

- No contestar el teléfono
- Evitar a los amigos

Evitación no-social

- Rechazar tareas difíciles
- Sentarse en la casa cambiando de un lugar a otro
- Pasar demasiado tiempo acostado en la cama

Evitación cognitiva

- No pensar en relaciones problemáticas
- No tomar decisiones a futuro
- No aprovechar las oportunidades
- No tomar en serio el trabajo o el estudio
- Rumiar tratando de explicar el pasado o de resolver lo imposible

Evitación mediante la distracción

- Pasar mucho tiempo frente a la televisión
- Jugar juegos de video
- Hacer apuestas
- Buscar comida y comodidades
- Ejercitarse en exceso

Evitación emocional

- Tomar licor y consumir otras sustancias

Metas y trayectorias valiosas

Todos los pacientes deben tener claramente definidas sus metas a corto, mediano y largo plazo, metas relacionadas con su evitación que puedan ser incorporadas en un programa de actividades cuyo cumplimiento se supervise regularmente... Las metas deben incluir el regresar al trabajo y a los roles sociales normales, tan pronto como sea posible. Para aquellos que han dejado de trabajar por largo tiempo, un trabajo de medio tiempo o en su capacidad voluntaria, podría ser apropiado.

El programa de actividades a delinear se debe enfocar no solo en lo que están evitando, sino también en lo que es importante para ellos (aunque a veces las dos cosas se sobreponen).

Los valores no son lo mismo que las metas... Por ejemplo, casarse es una meta, pero ser un buen esposo es un valor... Si la trayectoria valiosa (la intención) es ser un buen padre, entonces la primera meta para un paciente deprimido sería el pasar un tiempo especificado de cada día jugando, leyendo o platicando con su hijo.

Estructura

Una sesión típica de activación conductual tiene una agenda estructurada para revisar la tarea y el progreso hacia las metas, para dar feedback de las sesiones anteriores y para enfocarse en uno o dos tópicos específicos. El número de sesiones para tratar la depresión serían entre 12 y 24. Las tareas son más probables de que se lleven a cabo si el paciente se involucra activamente en señalar sus metas y si se concretan tiempos y lugares para efectuarlas. Las sesiones son colaborativas y se espera que el paciente sea activo y trate de generar soluciones... El diálogo durante la activación conductual no es didáctico, sino que toma la forma de un diálogo socrático.

El terapeuta identifica durante las sesiones comportamientos que ejemplifican los problemas del paciente y emplea su propio comportamiento para reducirlos; igualmente, el terapeuta identifica mejoras en la vida diaria del paciente y responde para reforzarlas.

Programa de actividades

Lo medular en la activación conductual radica en identificar gradualmente actividades y problemas que el individuo evita y en establecer trayectorias valiosas a ser seguidas. Estas se plasman en horarios planeados (programas de actividades). Se motiva a los pacientes para programarse actividades con metas a corto plazo y a considerar sus programas como una serie de compromisos con ellos mismos. El mayor error sería que el paciente intentara hacer todo de una sola vez.

El propósito radica en introducir pequeños cambios e ir construyendo un mayor nivel de actividad gradualmente encaminado hacia las metas a largo plazo. Los días no deben estar llenos de actividades solo por hacer cosas. Las actividades elegidas deben relacionarse con lo que el paciente ha estado evitando y que le ayuden a actuar de acuerdo con sus valores. No obstante, hay que motivar a los pacientes para que incluyan actividades como reforzadores, que sean placenteras y reconfortantes.

Los pacientes deben monitorear el efecto del programa de actividades (y de las desviaciones de lo planeado) sobre su estado de ánimo. También deben evaluar si lo que hicieron resulta congruente con sus metas y sus valores. Se les motiva para que observen y el terapeuta debe asesorarlos, áreas que aún sean evitadas y actividades que sean usadas exageradamente para evitar sensaciones y pensamientos problemáticos o dolorosos. El terapeuta debe apoyar con consejos en solución de problemas o utilizar el juego de roles para practicar actividades durante las sesiones.

¿Qué hacer con las cogniciones?

En la activación conductual, el terapeuta trata de no involucrarse en el contenido del pensamiento del paciente. En lugar de ello utiliza el análisis funcional para enfocar el contexto y los procesos individuales de respuesta. La respuesta cognitiva más frecuente es la rumiación y el auto-ataque.

La rumiación frecuentemente involucra el tratar de contestar interrogantes que no pueden ser resueltas, el buscar constantemente razones que expliquen su depresión, fantasear

(‘Si encontrara la forma de que me trataran diferente’) o la auto compasión (‘¿Qué he hecho para merecer que me traten así?’).

Las personas que sufren de depresión crónica y baja auto-estima pueden atacarse a sí mismas verbalmente (‘Gordo, inútil pedazo de mierda’) o se comparan frecuentemente con otros.

Tanto la rumiación como el auto ataque sirven para evitar situaciones aversivas como el silencio o proporcionan la manera de escapar de pensar sobre problemas interpersonales o sentimientos. El terapeuta alienta al paciente a estar pendiente del contexto (los antecedentes) en los que estas respuestas ocurren y de las consecuencias por involucrarse en ellas. Estas consecuencias usualmente implican alguna forma de evitación y de actividad no dirigida a metas.

A los pacientes se les ayuda a cambiar la manera de plantearse interrogantes, dejar de preguntar ‘¿Por qué...?’ y sustituirlo por preguntar ‘¿Cómo es que...?’, en las preguntas relacionadas con la consecución de sus metas y en seguir sus trayectorias valiosas, las cuales pueden incorporarse en sus programas de actividades.

Análisis funcional contextual: el ABCDE

Las siguientes interrogantes deben contestarse para un paciente que se considere un inútil.

Antecedentes o contexto

¿En qué situaciones en el pasado ha pensado que es un inútil?

Buscar los procesos conductuales y cognitivos en respuesta

¿Qué hace usted en seguida después de pensar que es un inútil? ¿Trata usted de evitar situaciones? (e.g. ¿se queda en casa, no contesta el teléfono, se acuesta y se pone a pensar las mismas cosas?).

Consecuencias

¿Qué efectos inmediatos tiene su respuesta? ¿Acaso le hace sentirse mejor? ¿Detiene acaso sus sensaciones molestas y sus pensamientos desagradables?

¿Qué efectos no buscados produce esta manera de actuar? ¿Acaso le hace sentir mayor desesperanza, cansancio o depresión? ¿Cómo afecta esto a otras personas? ¿Acaso se molestan y le critican?

Direcciones

¿Qué actividades alternativas podría escoger que lo ubiquen en dirección de sus metas y valores?

Efecto

¿Qué efecto tiene el seguir sus metas en la dirección de sus valores?

Obstáculos para el programa de actividades

El obstáculo más común para implementar la activación conductual está en las creencias del paciente acerca de la evitación: la gente se dice a sí misma que se involucrará en cierta actividad cuando se sienta con 'ganas de hacerlo'. La solución radica en apegarse y actuar de acuerdo al programa de actividades planeado (no de acuerdo a como se sientan en el momento). Al paciente se le dice que entre más lo piense, menos motivado se sentirá: si es necesario, la tarea hay que hacerla ya, aún sin tener ganas. 'Simplemente hacerlo' lleva a diferencias en la manera en que uno piensa y siente, lo que aumenta la motivación y cambia la manera en que nos ven los demás.

Otros enfoques complementarios a la activación conductual

- Hacer ejercicio y alimentarse sanamente (Veale & Wilson, 2007)
- Terapia de solución de problemas (D'Zurilla & Nezu, 2006)
- Administración del sueño (Wilson & Nutt, 1999)
- Counselling
- Terapia familiar o de pareja
- Entrenamiento en mente compasiva (CMT; Gilbert, 2005)
- Terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes et al, 1999)

Una Revisión Cualitativa y Cuantitativa de la Activación Conductual como Tratamiento de la Depresión Mayor

Spates, C. R., Pagoto, S. & Kalata, A.

The Behavior Analyst Today (2006), 7, 4

Traducción resumida de : Ps Jaime E Vargas M

Para el tratamiento de la Depresión Mayor (MDD), la Terapia de Activación Conductual (BA) ha surgido en los años recientes como una forma de intervención eficaz. Derivada de un análisis de componentes de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT), ofrece de una sola vez una explicación parsimoniosa del ingrediente activo de la CBT, al mismo tiempo que demuestra eficacia clínica como una forma independiente de tratamiento. Desde la investigación original efectuada por Jacobson y colaboradores en 1996, diversos estudios bien controlados se han llevado a cabo y todos ellos convergen en sugerir un fuerte apoyo para la BA como una forma de terapia independiente para la MDD. En este documento se revisa, evalúa y clasifica la evidencia pertinente a esta forma de intervención además de proporcionar recomendaciones respecto a su posición como un tratamiento de primera línea. Concluimos que la evidencia es fuerte, que la calidad de la investigación en el tema en general es muy buena y que el tamaño de los efectos es satisfactorio. Mediante la revisión cualitativa, como a través del meta-análisis de la evidencia, también sugerimos el tipo de estudios futuros que establecerían mayor confianza en la BA como terapia de elección en primera línea ante los Trastornos de Depresión Mayor.

Palabras clave: Activación Conductual, Depresión Mayor, Terapia Cognitivo-Conductual, Tratamiento eficaz

El Desorden Depresivo Mayor (MDD) afecta aproximadamente a 121 millones de personas en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2006). En Los Estados Unidos tiene una prevalencia de 10 a 25% para las mujeres y de 5 al 12% en los hombres (Asociación Psiquiátrica Americana, 2000)... A pesar de su alta prevalencia y altos costos, más del 90% de los pacientes deprimidos, en cuidados primarios, no reciben un tratamiento adecuado cuyos regímenes de medicación y recursos psicoterapéuticos estén sustentados en evidencia empírica (Centro para el Avance de la Salud, 2000).

De las terapias psicológicas disponibles para el tratamiento del MDD, la Terapia Cognitivo Conductual (CBT) ha surgido como el tratamiento en la primera línea de elección, basándose en hallazgos empíricos que demuestran su eficiencia y efectividad. Dobson (1989) condujo un meta-análisis de la literatura investigando la Terapia Cognitiva de Beck (CT) para la depresión (que se clasifica como una Terapia Cognitiva Conductual), encontrando que la CT es más efectiva que la psicoterapia general, que la Terapia Conductual y la farmacoterapia en el tratamiento del MDD.

Basado parcialmente en las conclusiones de Dobson, Chambless y colaboradores (1998) califican a la Terapia Cognitiva (CT) para la depresión como un “tratamiento bien establecido”. Recientemente, un componente de la CBT denominado como Activación Conductual (BA) ha recibido una gran cantidad de atención. Primero, debido a que como resultado de un análisis de componentes, parece proporcionar una explicación conceptual parsimoniosa de los efectos medidos de la CBT. Segundo, ofrece potencial como un tratamiento más eficiente y más barato para el MDD. Ambas observaciones son resultado del trabajo de Jacobson y colaboradores (1996). Por esta razón el Instituto Nacional para la Salud Mental ha hecho un llamado para efectuar mayor investigación con esta técnica (NIMH, 2005).

Aún cuando la BA tiene un fuerte fundamento teórico (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980) y el paquete terapéutico de donde deriva (CBT) posee un amplio soporte empírico, los estudios dedicados a la eficacia de la BA como una forma de terapia por sí misma, aunque alentados, son un tanto limitados. Una extensa revisión de la base de datos Psychoinfo arroja once estudios relevantes a este tratamiento de activación conductual, dos de los cuales son estudios de caso (Hopko, Lejuez & Hopko, 2004; Mulick & Naugle, 2004). Una de las investigaciones restantes es un seguimiento del resultado de un estudio sobre tratamiento (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998). En este documento proporcionamos una revisión crítica de los estudios controlados y proporcionamos un resumen del meta-análisis de sus hallazgos colectivos. El propósito está en elaborar una política de recomendaciones en este momento temporal, con respecto a la BA como tratamiento independiente de primera línea.

En nuestra revisión nos guiamos con los “estándares de oro” para estudios sobre resultados de tratamientos delineados por Foa y Meadows (1997) y por el sistema de clasificación de Niveles de Evidencia empleado por la Agencia para Políticas, Cuidados e Investigación en Salud (AHCPR).

Foa y Meadows identificaron siete criterios que caracterizan a las investigaciones sobre tratamientos de alta calidad. Ahí se incluye:

1. Síntomas objetivo claramente definidos, que implica la determinación de estatus diagnóstico de participantes potenciales, especificación de un umbral de severidad sintomática necesaria para poder participar en el estudio, así como determinación de criterios de inclusión y exclusión.
2. Mediciones con un nivel apropiado de validez y confiabilidad.
3. Deberá emplear evaluadores “ciegos”.
4. Asesores apropiada y adecuadamente entrenados.
5. Manuales de tratamiento detallados deberán usarse para guiar la conducta en cada intervención.
6. Asignación al azar o estratificación al azar como procedimientos para asignar a los participantes en las condiciones del tratamiento.

7. Asesoramiento de la adherencia al tratamiento para asegurar que el tratamiento se lleve a cabo como lo indica el manual de tratamiento y para asegurar que no ocurra o que sea muy poca la desviación de estas indicaciones.

El sistema de clasificación de la AHCPD identifica 5 apartados con letra que caracterizan el nivel de evidencia que apoya las intervenciones sobre cuidados de la salud. Que incluyen:

1. Nivel A – La evidencia se basa en ensayos aleatorios, clínicamente bien controlados.
2. Nivel B – La evidencia se basa en estudios clínicos bien diseñados, sin aleatorización ni comparación con placebo.
3. Nivel C – La evidencia se basa en estudios clínicos durante el servicio y naturalistas, combinados con observaciones clínicas que son suficientemente convincentes para garantizarnos el uso de una técnica de tratamiento o de seguir recomendaciones específicas.
4. Nivel D – La evidencia se basa en una práctica clínica amplia y de larga duración por un grupo circunscrito de clínicos, que no se ha sometido a una prueba empírica.
5. Nivel F – La evidencia se basa en un tratamiento desarrollado recientemente que no se ha sometido a prueba clínica o empírica.

Proporcionaremos una descripción de los estudios con suficiente detalle como para permitir el análisis con el “estándar de oro”, seguido de una revisión meta-analítica de la evidencia cuantitativa. También aplicamos la clasificación AHCPD para el nivel de cada estudio. Finalmente proporcionamos un resumen general del estado de la evidencia en el momento y recomendamos investigaciones futuras diseñadas para fortalecer la confianza en este tipo de intervención como intervención de primera línea para el MDD.

Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan y colaboradores (1996) investigaron la efectividad de la BA en el contexto de un análisis de componentes de la CT. 150 pacientes diagnosticados con MDD fueron asignados aleatoriamente para recibir uno de tres tratamientos, todos ellos componentes del paquete de la CT de Beck: BA, BA adicionada con un componente de enseñanza de habilidades para modificar los pensamientos automáticos (AT), o todo el paquete completo de CT. Se efectuaron supervisiones conducidas por estudiantes graduados entrenados y supervisados, antes de la terapia, al terminar la terapia y 6, 12, 18 y 24 meses después, como seguimiento. Los participantes fueron asignados al azar a uno de estos tres grupos de tratamiento en base a claros criterios de inclusión... Los datos obtenidos indicaron que la CT no fue más efectiva que la BA o la AT... Todos los grupos mantenían sus ganancias terapéuticas a los 6 meses de terminada la terapia. Finalmente, la BA y la AT fueron igualmente efectivas como la CT en modificar los pensamientos negativos y los estilos atribucionales maladaptativos, aunque en el caso de la BA estos aspectos no se especificaron como objetivos.

Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson (1998) presentaron un seguimiento de dos años de los datos generados por Jacobson et al (1996). Los tres tipos de tratamientos produjeron cambios

duraderos, sin que alguno sobresaliera de los demás... con un 75% de “semanas buenas” (con pocos síntomas depresivos).

La investigación de Jacobson et al (1996) cumple con los siete “estándares dorados” para los estudios sobre resultados de tratamientos... La investigación alcanza un nivel A, según la escala AHCPR, indicando que la evidencia se basa en un estudio clínicamente bien controlado con asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento.

Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil (2003) condujeron un estudio piloto aleatorizado para un tratamiento con BA breve y con 25 individuos deprimidos internados en un hospital psiquiátrico. La depresión se midió con el Inventario de Beck para Depresión (BDI). El BDI se repitió post-tratamiento, el día del alta o 14 días después. Los pacientes aleatoriamente fueron asignados para recibir BA breve o tratamiento estándar típico de apoyo proporcionado por el hospital... Los datos mostraron que las personas en el grupo de BA breve tuvieron significativamente grandes mejorías en el puntaje del BDI al comparar el pre-test con el post-test y también comparados con aquellos que recibieron el tratamiento estándar de apoyo. Además, los efectos fueron más duraderos en el grupo de BA breve.

El estudio de Hopko et al (2003) claramente cumple con dos y posiblemente tres de los siete “estándares dorados” para los estudios que valoran efectos del tratamiento... La investigación alcanza un puntaje AHCPR de “A/B”, indicando que la evidencia se basa en un estudio clínico bien diseñado, sin aleatorización o comparación con placebo. Este reporte no incluye una descripción completa de la muestra de sujetos y carece de integridad en las medidas como se esperaría en un ensayo de alta clasificación.

Cullen, Spates, Pagoto & Doran (2006) de manera azarosa asignaron a 25 individuos diagnosticados con MDD a 10 semanas de terapia BA o a 6 semanas sin tratamiento. La depresión se midió con el test de Beck (BDI) la Escala de Hamilton (RHRSD) y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-IV). Las conclusiones indican que con BA hubo reducciones significativas tanto clínica como estadísticamente en los niveles de sintomatología depresiva, en comparación con los que se quedaron en la lista de espera.

El estudio de Cullen et al (2006) satisface los siete “estándares dorados” para los estudios que evalúan los efectos de un tratamiento. La investigación se puede calificar con el nivel A de la AHCPR. Sin embargo, el reporte sufre de una muestra muy pequeña y requiere de replicación para establecer confianza en sus conclusiones.

Estudios con BA en grupo

Porter, Spates & Smitham (2004) investigaron la efectividad de la BA como terapia de grupo (BAGT) para personas con depresión que buscan servicios de salud mental en agencias rurales comunitarias. Se aplicaron como pre-test y post-test algunos cuestionarios como el SCID-IV, el RHRSD y el BDI-II. Adicionalmente el BDI-II se aplicaba cada semana para los sujetos sometidos a la BAGT. 37 sujetos fueron asignados aleatoriamente a la BAGT o a una lista de espera, por entre cuatro y seis semanas. Los datos indicaron que la BAGT produjo reducciones clínica y estadísticamente significativas en los síntomas depresivos. Los sujetos en la lista de espera no mejoraron, sino hasta que se les otorgó la BAGT.

El trabajo de Porter, Spates & Smitham (2004) cumple con seis de los siete “estándares dorados” y logra un nivel “A” en el índice AHCPR.

Estudios no publicados sobre la BA

Wright, Spates, Bloem, DeViva & Pope (2003) efectuaron una investigación supervisando la efectividad de la BA administrada a un grupo formado de 62 veteranos de una Unidad Especializada para Veteranos con Desorden de Estrés Postraumático (PTSD). Los participantes cursaban con PTSD y con MDD. Durante su estadía en la Unidad, los pacientes se sometían a tres paquetes de tratamiento. El paquete C era de 22 días e involucraba educación y estabilización. El paquete R era de 28 días y consistía en más educación e inicio en el proceso de recuperación del trauma. El paquete S era de 56 días y se enfocaba especialmente en el trauma además de seguir con la educación. En este trabajo la BAGT se integró en el paquete R. Se evaluó la depresión en base al criterio de los terapeutas previo al tratamiento, al terminar este y con seguimientos de uno y dos meses después. Los resultados indicaron que en todas las evaluaciones de depresión, los pacientes bajo BAGT mostraban reducciones significativas en sus síntomas depresivos, en tanto que los asignados al grupo control no (quienes recibían terapia estándar de grupo y clases).

El estudio de Wright et al (2003) cumplió con cuatro de los siete “estándares dorados”. La investigación también alcanza un nivel “A/B” en la puntuación AHCPR. Este reporte está limitado pues tiene una muestra relativamente pequeña y un proceso de aleatorización débil, por lo que se requiere de replicación para establecer confianza a sus hallazgos.

Dimidjian (2005) condujo un estudio comparando la eficacia de la BA, la CT y la medicación antidepressiva (Paroxetina), así como las píldoras placebo. Se midió la depresión antes del tratamiento, a la mitad (8 semanas) y al terminar este, además de durante un seguimiento a las 16 semanas. Los pacientes bajo BA se auto monitoreaban, programaban sus actividades, calificaban su nivel de placer y de maestría haciendo ciertas actividades y exploraban conductas alternativas relacionadas con el logro de sus metas además de involucrarse en juego de roles para cubrir sus déficits conductuales... Los resultados de este trabajo indicaron que la BA y la medicación funcionaron igualmente bien y con mejores resultados que la CT. Sin embargo, para los pacientes con depresión menos severa, todos los tratamientos produjeron con el tiempo cierta mejoría, sin que alguno pareciera mejor que el otro.

La investigación de Dimidjian (2005) cumplió con los siete “estándares dorados” y es calificada con el índice AHCPR como del nivel A.

Estudios no experimentales

Hopko, Armento, Hunt, Bell & Lejuez (2005) condujeron un ensayo clínico preliminar con un tratamiento breve de BA con seis personas diagnosticadas con cáncer y MDD. El tratamiento breve consistió de nueve sesiones de una hora cubriendo psicoeducación, explicación de los fundamentos del tratamiento, selección de metas y actividades, activación conductual... Los pacientes tuvieron un puntaje de adherencia al tratamiento de 78%. Los datos indicaron un

cambio significativo de la evaluación pre tratamiento a la post tratamiento en la depresión, calidad de vida y mejoría médica, alcanzando efectos de tamaño moderado a grande. Estas ganancias se mantuvieron en el seguimiento que se efectuó a los tres meses.

La investigación de Hopko et al (2005) satisface cinco de siete “estándares dorados”. No hubo asignación al azar de los sujetos pues solo había un grupo. La investigación alcanza un nivel “B” en la escala AHCPR.

Resumen de ensayos bien controlados

Tomado en su conjunto, este paquete de investigaciones proporciona una buena evidencia preliminar de la eficiencia de la BA como tratamiento para la depresión. En promedio, estos estudios cumplen con aproximadamente cinco de los siete “estándares dorados”, indicando que la calidad de la investigación es adecuada. La debilidad más consistente en ellos fue el empleo de muestras pequeñas.

Terapia de Activación Conductual: filosofía, conceptos y técnicas

Turner, J.S. & Leach D.J.

Behaviour Change (2012), 29, 2, 77-98

Traducción: Ps Jaime E Vargas M

La terapia de Activación Conductual (BA) ha recibido una atención creciente dentro del campo de la psicología clínica subsecuente a la publicación del reporte seminal que mostró que la BA sola era tan efectiva, como cuando conforma como principal componente de la Terapia Cognitiva Conductual (CBT) para el tratamiento de la depresión (Jacobson et al, 1996). Esencialmente, la BA es una terapia conductual estructurada, que se enfoca en aumentar los comportamientos en áreas socialmente importantes, de manera que se den oportunidades para entrar en contacto con una mayor cantidad de reforzadores positivos naturales, al mismo tiempo que incrementa la probabilidad de cambios concurrentes en el estado de ánimo, en el pensamiento e incluso, en la calidad de vida total. La BA actualmente es considerada como un tratamiento de primera línea con soporte empírico para el tratamiento de la depresión (Barlow, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009; Sturmey, 2009), equivalente e incluso mejor que la CBT y los tratamientos con medicamentos anti-depresivos (Dimidjian et al, 2006). La distinción más importante entre la BA y otros tratamientos de primera línea tales como la CBT (e.g., Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) es que con la BA no se enfoca uno en modificar directamente la conducta privada encubierta como son los pensamientos y las emociones.

La BA contemporánea (e.g., Martell, Addis & Jacobson, 2001) ha sido practicada desde mediados de los años 90's (Jacobson et al, 1996), aunque intervenciones tipo BA (aunque no se refieran como tal) se han usado tan temprano como en los años 70's (e.g., Lewinsohn & Graf, 1973). Existen dos variantes actuales de la BA -el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD) de Lejuez, Hopko & Hopko (2001) y la Activación Conductual (BA) de Martell et al (2001)- mismas que se aplican comúnmente en ambientes clínicos. También, hay desarrollos recientes que han mostrado la potencial eficiencia de emplear extendidamente la BA para el tratamiento de la ansiedad (Jakupcak, Roberts, Martell, Mulick, Michael, et al, 2006; Turner & Leach, 2009; Turner & Leach, 2010).

Sin embargo, el incremento de la investigación aplicada en el campo de la BA también ha mostrado el desarrollo de protocolos de tratamiento con BA que incluyen diversas técnicas terapéuticas (e.g., atención plena, pensamiento positivo, entrenamiento en relajación muscular y exposiciones en vivo) que pueden ser vistos como incompatibles con la intención original de la BA. Como tal, la BA contemporánea está en peligro de convertirse a ser simplemente otro ejemplar 'eclectico' en el jardín de la CBT. Esto haría descuidar la principal virtud de la BA, además de su efectividad, que es ser inherentemente parsimoniosa y de estructura pragmática. Así, el propósito de este artículo está en proporcionar lo que creemos es la filosofía, los conceptos y las técnicas

esenciales de la BA contemporánea, para ayudar a los practicantes e investigadores que se interesen en esta área emergente de la psicología clínica.

Raíces Filosóficas

La BA contemporánea tiene su origen en el enfoque del conductismo radical analítico (Ferster, 1973; Skinner, 1953, 1966). El análisis de la conducta enfatiza el identificar la conducta, el contexto en el que ocurre y las relaciones funcionales entre la conducta y su contexto. Las *causas* de la conducta tienen que ser descubiertas al analizar los eventos que preceden a la conducta (antecedentes) y los eventos que le siguen a su ocurrencia (consecuencias). Una causa es un cambio en la variable independiente que produce un cambio en la variable dependiente. Así, la ‘vieja idea de la conexión causa-efecto se vuelve una relación funcional’ (Skinner, 1953, p. 23). La filosofía subyacente es el *contextualismo* o el *contextualismo funcional*, el cual ve al comportamiento humano como ‘actos en contexto’ (Hayes & Brownstein, 1986, p. 177) y se enfoca en el contexto ambiental y en la utilidad funcional de la conducta (Biglan & Hayes, 1996). Como una filosofía científica, el contextualismo funcional puede ser prácticamente sinónimo del *conductismo radical*. Sin embargo, históricamente el conductismo radical ha sido mal comprendido (Chiesa, 1994) y el término ‘contextualismo funcional’ puede resultar más contemporáneamente relevante, especialmente con respecto al análisis conductual clínico (Hayes & Hayes, 1992).

El ‘contextualismo funcional’ ve cualquier evento conductual abierto o encubierto como una interacción entre la persona y un contexto que se define por antecedentes y consecuencias de la conducta, históricas y actuales. Al contextualismo funcional se le ha considerado como un enfoque ‘práctico’ y ‘pragmático’ para cambiar la conducta (Hayes, 1993). Esencialmente, toda la conducta, ya sea encubierta (e.g., pensamientos privados, sentimientos, recuerdos) o abierta (e.g., disparar, quejarse) ocurre debido a su ‘funcionamiento exitoso’ en su contexto (Hayes & Brownstein, 1986). Así, en los escenarios aplicados, el *análisis* del análisis de la conducta es el medio que lleva a un fin –no el fin en sí mismo. El análisis de la conducta clínicamente relevante orienta al terapeuta a efectuar acciones que probablemente resulten terapéuticas. Expuesto de manera sencilla, si el cambio deseado (e.g., reducir la depresión) ocurre como consecuencia de las acciones planeadas, entonces el análisis está completo. Si el cambio no ocurre o resulta impredecible (la conducta es variable), entonces el análisis tiene que continuar. Aunque los principios subyacentes son considerados legales e inmutables (Skinner, 1953), el análisis de la conducta es inherentemente idiosincrático y ve a la persona como única, singular y perteneciente a grupos heterogéneos.

El análisis de la conducta se encuentra en obvio contraste con aquellas aproximaciones descritas como ‘mentalistas’ (e.g., psicología cognitiva; Hayes & Brownstein, 1986). En este tipo de enfoques, al comportamiento privado del individuo (pensar, sentir, recordar) se le otorga un estatus causal y se asume que conduce y mantiene otros comportamientos (e.g., rechazar la participación social) o media la relación entre un evento ambiental (e.g., recibir invitaciones sociales) y la conducta (e.g., declinar las invitaciones). Los procesos cognitivos con frecuencia son propuestos como agencias centrales que controlan la producción, la predicción y la comprensión

de otros comportamientos. Por ejemplo, 'los pensamientos automáticos son aquellos pensamientos que intervienen entre los eventos exteriores y las respuestas emocionales del individuo ante ellos'... 'el paciente en terapia cognitiva debe aprender a reconocer estos pensamientos automáticos para que la terapia sea efectiva' (Young, Winberger & Beck, 2001, p. 278). Y, 'es importante recordar que la ansiedad resulta de sobreestimar el costo de eventos temidos' (Clark, 1999, p. 27). En contraste, un ejemplo del enfoque analítico conductual es:

El terapeuta BA acepta los pensamientos de su cliente, pero lo anima a ver el contexto de su pensamiento, en lugar de su contenido. Así, cuando el cliente se pone a rumiar sobre su depresión o lo malo de su vida, el terapeuta BA le ayuda para que reconozca los antecedentes y las consecuencias de esta forma de pensar (Martell et al, 2001, p. 64).

De esta manera, instancias de comportamiento privado son consideradas como unidades de conducta causadas por las mismas condiciones externas que ocasionan otros comportamientos públicos, como correr y comer (Skinner, 1953).

Aunque algunos analistas conductuales han objetado el estudio de eventos privados con bases metodológicas (e.g., Lamal, 1998), el enfoque analítico conductual de Skinner no niega la existencia de los eventos privados:

No necesitamos suponer que los eventos que ocurren dentro del organismo tengan propiedades especiales por ese motivo. Un evento privado podría distinguirse por su accesibilidad limitada, pero no, hasta donde sabemos, por ninguna estructura o naturaleza especial (Skinner, 1953, p. 257).

Cualquier tipo de conducta, privada o pública, es considerada como objeto legítimo de análisis (Hayes, 1993). El análisis de la conducta simplemente rechaza el enfoque que sostiene que la conducta de un tipo se explica mejor como manifestación de algún proceso interno ocurriendo en el individuo. La descripción de los eventos privados se considera tan exacta como la descripción de fenómenos psicológicos que requieren de explicación mediante sus relaciones funcionales, la cual no se puede lograr sin tomar en cuenta eventos externos al comportamiento abierto o privado del individuo (Hayes & Brownstein, 1986).

Características conceptuales

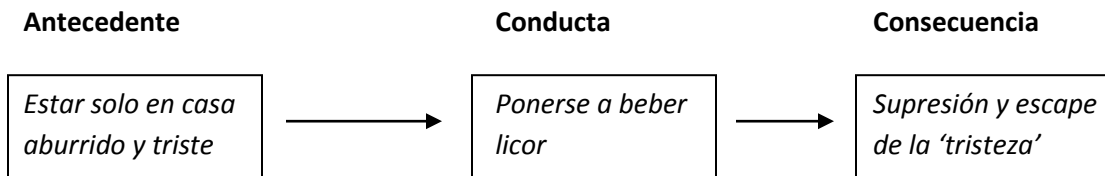
Hayes (1978) dijo: 'La forma en que hablamos del mundo... emerge conformando reglas generales, principios o leyes. Estas no se relacionan mucho con la forma específica de hacer las cosas, más bien producen sistemas conceptuales o teóricos' (p. 26). Dentro del análisis conductual, los nuevos hallazgos se organizan de acuerdo a principios conductuales establecidos empíricamente (Moore & Cooper, 2003), que se sostienen en una larga historia de investigación básica y aplicada (ver Catania, 1998 y Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991).

Aunque Skinner (1953) mostró considerable pre-ciencia en sus primeros escritos y discutió aspectos clínicos relacionados, incluyendo la ansiedad, la depresión y la adicción a las drogas, fue el alumno posgraduado de Skinner, Ferster (1973) quien proporcionó una explicación conductual de la depresión que se refiere con frecuencia en la literatura contemporánea de la BA (Martell et al, 2001). Ferster enfatizaba la utilidad de un enfoque clínico que considere ‘las circunstancias actualmente presentes, las actividades de la persona, las consecuencias de los actos de la persona ya sean dentro o fuera de su piel y las relaciones funcionales entre estos eventos componentes’ (p. 868). Ferster dispensaba considerable atención a la alta probabilidad de las conductas de evitación y escape del individuo deprimido, que consecuentemente limitan sus oportunidades de recibir reforzamiento positivo a comportamientos alternativos, manteniendo al individuo en un contexto que regularmente ocasiona emociones y pensamientos depresivos. Por ejemplo, en un estudio publicado sobre un estudio de caso relacionado con la BA, un hombre de 46 años de edad con ‘depresión’ reportaba la ocurrencia regular de emociones aversivas (e.g., ira, irritabilidad, agitación, tristeza) así como un largo repertorio de conducta de evitación, incluyendo el aislarse de los demás, gritarle a su esposa, rumiar, dormir en exceso, así como largos periodos viendo la televisión. Aunque esto le proporcionaba alivio de su ‘depresión’, el alivio era solo temporal y a largo plazo su depresión se volvía más frecuente e intensa y los aspectos críticos de su vida (e.g., su relación con su esposa e hijo) se volvían más negativos (Santiago-Rivera et al, 2008). Así, desde la perspectiva BA, los síntomas clínicos como el aislamiento y la evitación son comportamientos operantes mantenidos de acuerdo a programas de reforzamiento de ocurrencia natural.

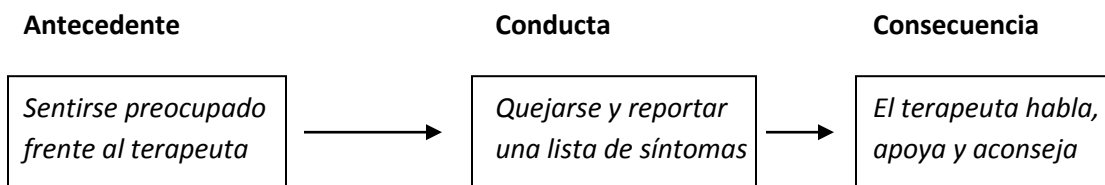
Existen tempranas descripciones de enfoques operantes del tipo BA para el tratamiento de la depresión, aunque no se refieren como BA (Lewinsohn & Libet, 1972; Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980) y también existen descripciones más recientes (Lejuez et al, 2001; Martell et al, 2001) que han enfatizado la importancia de los principios de reforzamiento para el análisis clínico y el tratamiento. Por ejemplo, Lewinsohn et al (1980) explicaba la depresión como resultado de la pérdida de reforzamiento positivo para conductas no depresivas alternas y encontraron que un incremento en el reforzamiento positivo contingente a la respuesta (logrado aumentando la actividad en ciertas áreas) producía una mejoría en el estado de ánimo (reducía los puntajes del Inventario de Beck para Depresión), aumentaba el involucramiento en eventos placenteros y reducía el involucramiento en eventos displacenteros. Por lo que, la reducción de conductas no depresivas también se atribuía a la falta de reforzamiento positivo para lo que se llamaría ‘conducta sana alternativa’ (Lewinsohn, 1974). También, comportamientos de atracción (como asistir a una fiesta) podrían ser castigados debido a los déficits conductuales (pocas habilidades sociales), adicionándose a la conducta ‘depresiva’ (e.g., aislamiento; Lewinsohn et al.). Más recientemente, las técnicas BA se han enfocado en reducir la conducta depresiva mediante el incremento de las oportunidades para la conducta no depresiva, con objeto de hacer contacto con el reforzamiento y así producir los correspondientes beneficios de mejora en el estado de ánimo y en la calidad general de vida (Martell et al.).

Aunque la distinción entre reforzamiento positivo y negativo ha sido criticada en el pasado por ser imprecisa, inexacta o innecesaria (Michael, 1975), ambos términos han sido empleados en aplicaciones clínicas del análisis de la conducta, incluyendo la depresión y la ansiedad (e.g., Martell

et al, 2001; Ramnero & Torneke, 2008; Skinner, 1953). Por ejemplo, comportamientos relacionados con la depresión como el quejarse, rumiar o beber licor en exceso, pueden funcionar como formas de evitación de condiciones aversivas como el silencio, el aburrimiento o la vergüenza social. Así, la relación entre las variables se puede ilustrar usando la contingencia estándar de tres términos:



En un contexto diferente, la conducta relacionada con la depresión puede mantenerse por reforzamiento positivo:



En cualquier escenario natural, la conducta puede ser reforzada de múltiples maneras, tanto positiva como negativamente (Skinner, 1953). Se ha estimado que más del 15% de toda la conducta problemática es mantenida por contingencias de reforzamiento múltiples (Hanley, Iwata & McCord, 2003). Crucialmente, de acuerdo a los principios del análisis de la conducta, si los ejemplares de conducta (e.g., beber licor, quejarse y reportar síntomas) aumentan o re-ocurren en el futuro, entonces la conducta ha sido reforzada por sus consecuencias. De esta manera, las propiedades de diferentes tipos de comportamientos (e.g., evitación, rumiación) se definen con respecto a las consecuencias de las conductas y no por sus características topográficas. El terapeuta BA acepta que 'la forma de una conducta es menos informativa que la función de esa conducta. Dos clientes pueden hacer la misma cosa, pero su conducta tiene contextos y consecuencias muy diferentes' (Martell et al, 2001, p. 50). Así, dentro del enfoque BA uno se enfoca en amplias clases de conductas clínicamente relevantes y en sus funciones, no en su forma o en su topografía.

En el nivel aplicado, la BA es un enfoque *molar*. Este término se refiere al análisis de patrones amplios de conducta en contextos que deben comprenderse de acuerdo a un agregado de eventos en el tiempo. Cuando se habla de *molecolar*, el término se refiere al análisis de antecedentes y conductas discretas ocurriendo en intervalos momentáneos de tiempo (Baum, 1989). El análisis molecular es más útil y prevalece en el contexto de la investigación básica, donde se dispone de un alto grado de control experimental y los elementos de las relaciones funcionales

(e.g., tareas demandantes, tipos de prompts, presencia de reforzadores preferidos) están disponibles para ser observados dentro de intervalos discretos de tiempo. Las variables son más fácilmente descritas en sus componentes mensurables concretos y son temporalmente distintas (Carr, Carlson, Langdon, Magito-McLaughlin & Yarbrough, 1998). Sin embargo, los ambientes naturales no mantienen propiedades equivalentes y cuando se trabaja con un cliente en un escenario clínico típico resulta impráctico intentar conducir un análisis funcional de cada contingencia manteniendo todas las conductas clínicamente relevantes. Por lo que, las relaciones molares pueden ser más relevantes para el análisis clínico de la conducta.

Dentro de la BA el terapeuta colabora con el cliente para identificar patrones de conducta operante y se enfocan en las contingencias entre las conductas clínicamente relevantes y sus consecuencias. Por ejemplo, el terapeuta BA puede emplear el acrónimo tradicional de la contingencia ARC (antecedente, respuesta, consecuencia) o uno más nuevo, como DRPE (disparador, respuesta, patrón de evitación) (Martell et al, 2001, p. 100). Los datos pueden ser informales como los eventos que se discuten en las sesiones o formales, basados en registros escritos de auto observación diaria de los clientes. Gaynor & Harris (2008), por ejemplo, investigaron el uso de la BA para la depresión en una población de adolescentes y describieron su procedimiento: 'Los objetivos... consisten en iniciar un análisis funcional ideográfico de la depresión de los adolescentes. Al adolescente se le pregunta sobre actividades actuales, sobre sus intentos por aliviar la depresión y... para que auto-monitoree sus actividades y su estado de ánimo' (p. 379). Debido a que el terapeuta trabaja en identificar clases amplias de conducta, hay menos necesidad de una precisión que se esperaría en el contexto de la investigación básica. Sin embargo, la imprecisión momento a momento se balancea con la atención proporcionada al análisis de amplios trozos de la conducta del cliente. Un individuo funciona bajo múltiples programas de reforzamiento para su entero repertorio de conducta operante (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991). Algunas conductas pueden ser reforzadas inmediatamente y se asocian con un menor esfuerzo (e.g., permanecer en cama) y algunas otras conductas pueden estar asociadas con un máximo esfuerzo antes de que ocurra el reforzamiento (e.g., ir a trabajar). El reforzamiento puede ocurrir frecuentemente (e.g., tomar licor) o de manera intermitente (e.g., hacer apuestas). Finalmente estos programas determinarán la conducta día a día del individuo y pueden quedar claros al organizar la conducta del cliente de acuerdo a sus relaciones funcionales molares (Waltz & Follette, 2009).

Lejuez et al (2001) y más recientemente Waltz & Follette (2009) han mencionado el principio de la *Ley del Efecto* (Herrnstein, 1961; McDowell, 2005) cuando discuten sobre el comportamiento clínicamente relevante y la importancia de la igualación en los enfoques que enfatizan relaciones funcionales molares. La Ley de la Igualación conductual describe la relación entre patrones generales de respuesta y el reforzamiento. Así, la cantidad de tiempo que un individuo pasa involucrado en una actividad particular (e.g., estar en cama) comparado con la cantidad de tiempo que pasa involucrado en una actividad alternativa (e.g., ir a trabajar) es relativo a la cantidad de reforzamiento que obtiene por la actividad 1 comparado con lo que recibe por la actividad 2. El involucrarse en una u otra actividad también está influido por la cantidad de esfuerzo requerido para el reforzamiento, por lo que el individuo 'escogerá' involucrarse en la actividad 1, aún cuando una mayor cantidad de reforzamiento esté disponible

para la actividad 2, ya que se requiere de un mayor esfuerzo (aversivo), al menos al principio, por involucrarse en la actividad 2 (Fisher & Mazur, 1997). A lo largo del tiempo, los individuos típicamente aprenden a distribuir su comportamiento entre las alternativas de respuesta disponibles, en proporción a la cantidad o la intensidad de reforzamiento positivo o negativo que les proporcionen esas alternativas.

En un ejemplo tomado del deporte, los jugadores de basketball pueden intentar un tiro de 2 puntos o un tiro de 3 puntos. El tiro de 3 puntos debe lanzarse desde atrás de la línea de 3 puntos (23 pies y 9 pulgadas) lo que consecuentemente aumenta la dificultad del tiro y reduce la tasa de reforzamiento (puntos ganados) relativa al grado de dificultad y a la tasa de reforzamiento para los tiros de 2 puntos, que podrían ganarse pasando la línea. Sin embargo, durante un periodo de 3 años, entre 1994-1997 la Asociación Nacional de Basketball (NBA) en los estados Unidos redujo la distancia de la línea de los 3 puntos a 22 pies, aumentando la probabilidad de obtener reforzamiento en los tiros de 3 puntos. Durante este periodo, los jugadores de la NBA respondieron aumentando sus tiros de 3 puntos en un 23.9% (Ramanowich, Bourret & Vollmer, 2007). En un estudio temprano, Conger & Killeen (1974) midieron la cantidad de atención que ponían en una conversación los participantes que se ubicaban entre dos confederados, cada uno de los cuales proporcionaba reforzamiento social (e.g., 'estoy de acuerdo con eso') en base a programas de reforzamiento independientemente controlados. En un periodo de 30 minutos, los investigadores pudieron demostrar que la cantidad de atención puesta por los participantes igualaba las tasas relativas de reforzamiento social otorgado por cada confederado. Estos hallazgos fueron replicados por Borrero et al (2007), con confederados proporcionando con programas independientes consecuencias sociales positivas como consecuencia de los enunciados de los participantes en la conversación que versaba sobre drogas y consumo de licor con respecto a la calidad de la escuela. En general, la duración y frecuencia de la atención prestada por los participantes fue consistente con las variaciones en los programas de reforzamiento social independientemente.

Las consideraciones sobre la Ley de Igualamiento son importantes para la BA debido a que los terapeutas BA y los clientes pueden asumir confiablemente que su tasa relativa de involucramiento, digamos en actividades depresivas, como estar en la cama, tomar licor, procrastinar y rumiar, comparada con actividades no-depresivas, como trabajar y socializar, iguala la tasa proporcional de reforzamiento para la actividad depresiva comparada con la actividad no-depresiva. También, si las tasas de reforzamiento se incrementan para una clase de conducta como ir a trabajar y decrece o se elimina para otra clase de conducta como estar en la cama, entonces habrá un incremento en la probabilidad de que la conducta funcionando bajo el programa de reforzamiento más débil se reducirá en una proporción relativa. En principio, aumentar el reforzamiento para la conducta saludable no-depresiva al tiempo que se reduce o elimina el reforzamiento para la conducta depresiva, es un ejemplo de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (DRI). La extinción operante también ocurre cuando 'hay un procedimiento en el que se descontinúa el reforzamiento de una conducta previamente reforzada... y se refiere al proceso en el que una conducta aprendida previamente desaparece como resultado del no reforzamiento' (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991, p. 590).

Se ha visto que las estrategias DRI son efectivas para el tratamiento de un rango de comportamientos clínicos, incluyendo el comer apresuradamente (Bosch, Miltenberger, Gross, Knudson & Breitweiser, 2008), la conducta relacionada con el Síndrome Tourette (e.g., tics; Verdellen et al, 2008), fumar (Gifford et al, 2004), el uso excesivo de alcohol (Fournier, Ehrhart, Glindermann & Geller, 2004) y la agresión (Durand & Merges, 2001). En las técnicas BA, una consecuencia inmediata que facilite al cliente su involucramiento en actividades que es probable que sean reforzadas positivamente, como visitar amigos, es comparable a un decremento simultáneo de reforzamiento negativo para la conducta depresiva, como sería estar en casa solo. En este caso, la activación de la conducta del cliente automáticamente altera la densidad de reforzamiento contingente sobre otras conductas y que unas conductas se mantengan y se fortalezcan mientras que otras se debiliten y se reduzcan.

Cuando el terapeuta BA está trabajando en identificar las clases de conducta de acuerdo a sus consecuencias, también puede identificar clases de conducta en base a su relación con la salud psicológica del cliente. Así, habrá ejemplos de conductas dentro del repertorio del cliente que podrían sostener una 'mejor salud psicológica' (e.g., visitar amigos o trabajar) y ejemplos de conductas que probablemente mantengan una 'pobre salud psicológica' (e.g., quedarse en cama y no contestar el teléfono por largos periodos de tiempo). En este punto, las consideraciones de la Ley del Efecto resultan de importancia vital. No es suficiente para el terapeuta BA el simplemente recomendar un cambio en la conducta, sin al menos inicialmente intentar identificar fuentes potenciales de reforzamiento disponible para el cliente, que funcionarían para mantener la conducta alternativa. Los reforzadores deben estar disponibles en el ambiente, para que la conducta del cliente haga contacto con ellos.

Los clientes referidos por 'depresión' o por 'ansiedad' pueden mostrar una *clase estrecha de respuesta*, de tal manera que no se comportan típicamente de forma que obtengan reforzamiento positivo por conductas más deseables. Lewinsohn (1974), por ejemplo, enfatizaba la subyacente falta de reforzamiento positivo contingente a la respuesta en la vida diaria de los individuos con depresión. Así, al colaborar señalando metas para aumentar comportamientos particulares, el terapeuta BA debe considerar el rango de respuestas potenciales por parte del cliente y si el reforzamiento está confiablemente a disposición en el ambiente natural del cliente para dar soporte a su comportamiento (Kolenberg & Tsai, 1991). El último punto a considerar es quizá el más importante. El principio de moldeamiento, en el que aproximaciones sucesivas a la conducta meta son reforzadas, sugiere que existe la probabilidad de que con un reforzamiento adecuado disponible en su ambiente, el cliente pueda alcanzar un nivel adecuado de comportamiento (i.e., no depresivo) saludable (aún cuando en un principio hubiera una deficiencia conductual considerable). De acuerdo a los principios del condicionamiento operante (Catania, 1998; Skinner, 1953), una sola respuesta es todo lo que se necesita para empezar a construir un repertorio conductual.

Finalmente, con un tipo de enfoque como el BA para el tratamiento hay una alta probabilidad de que ocurra lo que se ha denominado como 'cúspide conductual' (Rosales-Ruiz & Baer, 1997). En principio, un cambio conductual es considerado una 'cúspide', cuando este cambio introduce al individuo a ambientes nuevos o similares a ambientes previamente contactados que ocasionan nuevos comportamientos o revigoran otros viejos comportamientos, repertorios

conductuales raramente mostrados y proporcionan nuevas contingencias de reforzamiento o similares a otras previamente contactadas. Como sea, cambios específicos en conductas objeto de tratamiento pueden finalmente conducir a una expansión benéfica del repertorio del individuo. Ejemplos de cúspides incluyen al bebé que aprende a caminar, cuando este logra acceder a un rango de contextos nuevos en donde puede desarrollar nuevos comportamientos como consecuencia de estar operando con y sobre un rango expandido de ambientes. Un niño no verbal puede ser proveído de un dispositivo de comunicación electrónico que le permita involucrarse efectivamente con sus compañeros y entrar en contacto con el reforzamiento de comportamientos típicos socialmente deseables. Un joven adulto iniciando cursos en la universidad puede encontrarse expuesto a un amplio rango de experiencias sociales, educativas y políticas nuevas y a nuevas contingencias relacionadas con conductas de 'ir a la universidad'.

En la literatura publicada, las cúspides conductuales raramente se han discutido en relación con problemas clínicos comunes. No se ha hablado de cúspides conductuales en el contexto del tratamiento de activación conductual (BA) o de otros enfoques analítico conductuales. De hecho, hay una sorprendente carencia de interés clínico y de investigación, dado que el propósito central de la BA específicamente (y en general para el análisis conductual) radica en una abierta generalización del cambio conductual. Debido a su énfasis en aumentar la activación conductual, los tratamientos BA automáticamente aumentan la probabilidad de las cúspides. Entre más variadas y frecuentes se vuelvan las actividades diarias del individuo, más probable será que la persona se involucre en alguna actividad que ocasione nuevos comportamientos o revigore conductas antiguas, con el potencial para contactar múltiples fuentes de reforzamiento que lo lleven a un efecto multiplicativo y se generen aún más conductas. Sin embargo, así como la activación es incrementada con la terapia BA y su relación con el bienestar y la salud mental del cliente es el medio para el análisis y no la meta del análisis, *solo subsecuente a su ocurrencia, es que la conducta del cliente puede ser considerada como una cúspide*. Más aún, ya que las cúspides ocurren como consecuencia de un plan de tratamiento que motiva la activación en un rango de aspectos de la vida, en lugar de programar específicamente actividades individuales, no conserva las propiedades experimentales típicas que se observan luego con el análisis conductual tradicional (Rosales-Ruiz & Baer, 1997) y una identificación a priori de las cúspides puede ser inútil.

Bosch & Fuqua (2001) han expandido el documento de Rosales-Ruiz y Baer para proponer criterios para seleccionar cúspides potenciales. Ellos argumentan que para satisfacer el criterio, un cambio conductual 'cúspide' debe (a) dar acceso a ambientes, reforzadores y contingencias nuevas, (b) tener una utilidad general, (c) dentro del repertorio conductual del individuo, competir con conductas inapropiadas o indeseables, (d) beneficiar a otras personas que formen parte del ambiente del individuo, y (e) ayudar al individuo a satisfacer las demandas de su ambiente social. Como un ejemplo, un cliente deprimido puede quejarse de sentirse triste y tenso en su ambiente social acostumbrado y estar tratando de adaptarse ya sea evitando contactos sociales o bebiendo licor en exceso, particularmente antes de abandonar el hogar para atender compromisos o para interactuar en escenarios sociales. Esto produciría que el cliente pasara la mayor parte de su tiempo libre solo en casa, que ejecutara pobremente en situaciones sociales debido a su intoxicación y que regularmente faltara a su trabajo debido a las 'resacas'.

En colaboración con su terapeuta BA, el podría programar visitar el gimnasio local. Si fuera regularmente al gimnasio (un nuevo ambiente con consecuencias positivas) habría una mayor probabilidad de que disminuyera su consumo de licor, de que conociera nuevas personas, mejorara su asistencia al trabajo, administrara mejor su tiempo, durmiera mejor y en general, mejorara su bienestar y su salud física y mental. Como un objetivo de cambio conductual, ejercitarse en un gimnasio solo sugiere la mejoría en lo físico, aunque si ocurren una serie de contingencias adjuntivas que sean importantes para el contexto social del individuo, entonces el cambio conductual podría satisfacer el criterio que define a las 'cúspides'. Así, el análisis de la conducta del cliente en su contexto puede proporcionarnos indicadores del tipo de conductas a ser activadas, que podrían funcionar potencialmente como cúspides.

Finalmente, la identificación de cúspides conductuales debe llevarse a cabo subsecuente al cambio en la conducta meta. Esto es semejante a la definición del reforzamiento. Una vez que una respuesta ocurre y se vincula con un evento estimulante específico (consecuencia), un incremento en la probabilidad de respuesta contingente a la ocurrencia de tal consecuencia, mostraría que ha ocurrido el reforzamiento (Catania, 1998). Aunque los reforzadores son frecuentemente identificados antes que los procedimientos que buscan incrementar una conducta meta, el reforzamiento se prueba solo en un análisis a posteriori del cambio en la conducta (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991). Igualmente, las cúspides conductuales se establecen solo después de que ha ocurrido el cambio conductual e involucra el análisis a posteriori de los resultados. Aunque Bosch & Fuqua (2001) han proporcionado guías (solo) para la identificación a priori de las cúspides conductuales, en los escenarios clínicos tal sistema podría involucrar el contrastar los criterios propuestos por estos autores con la reducción en los problemas presentados por el cliente, así como cambios conductuales positivos (no planeados) en comportamientos 'saludables' de su cotidianidad.

Características Técnicas

La terapia BA es un modelo clínico con un conjunto principal de técnicas. En el nivel técnico, la BA típicamente incluye técnicas que han sido delineadas en la terapia conductual tradicional. Las metas generales de la terapia BA consisten en ayudar al cliente para que describa su comportamiento así como los estímulos asociados de naturaleza elicitante, discriminativa o reforzante y para que seleccione conductas 'saludables' como objeto de activación. Existen dos modelos predominantes de terapia BA. Uno tiene una duración que varía entre 12 y 24 sesiones, es la Activación Conductual (BA; Martell et al, 2001) y el otro es más breve, con un protocolo de entre 10 y 12 sesiones, es la activación conductual breve para el tratamiento de la depresión (BATD; Lejuez et al, 2001). Las técnicas descritas aquí son las que consideramos esenciales tanto para la BA como para la BATD.

Medición

Siendo consistente con los principios analítico conductuales, la BA utiliza una supervisión constante mediante mediciones repetidas de variables clave. Esta técnica proporciona la

cuantificación de las preocupaciones clínicas del cliente (Barlow, Hayes & Nelson, 1984) y proporciona retroalimentación al terapeuta y al cliente sobre el progreso clínico. Si, por ejemplo, las mediciones indican que no ha habido cambio o que se ha dado un empeoramiento, entonces se ajustan las condiciones de la terapia. Las observaciones y la medición objetiva resultan necesarias para definir la conducta con precisión para su análisis, aunque en la práctica clínica se usan métodos indirectos y a veces subjetivos y estos se justifican por que el escenario clínico natural es bastante menos controlado que el ambiente típico de investigación como sería un laboratorio (Iwata & Dozier, 2008). Por ejemplo, además de las obvias preocupaciones éticas en los típicos servicios de salud mental para pacientes adultos ambulantes, a veces resulta impráctico para el terapeuta el observar directamente a los clientes en su ambiente natural (e.g., el hogar, el lugar de trabajo; Kohleberg & Tsai, 1991). Para la terapia BA, Martell et al (2001) recomienda el uso de un instrumento estandarizado de auto-reporte a intervalos regulares de tiempo, tal como el Inventario de Beck para la Depresión (e.g., BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) el cual pide a quien lo contesta que califiquen el nivel de sus síntomas depresivos durante las dos semanas anteriores a la aplicación. A los clientes también se les pide que se auto monitreen en sus actividades diarias completando hojas de protocolo que les piden registrar lo que estén haciendo, con quién estaban y cómo se sentían en periodos de una hora durante el día (Martell et al, 2001, p. 201). Idealmente, los practicantes obtendrán suficiente información sobre la conducta problemática de sus clientes a partir de múltiples fuentes, con objeto de proporcionar información que posibilite un análisis activo de las relaciones funcionales entre la conducta y sus consecuencias, así como la identificación de condiciones antecedentes, proporcionando una ilustración comprensiva de la conducta clínica del cliente en su contexto.

Auto observar su propia conducta es algo que ha sido sugerido como una estrategia de tratamiento por sí misma (Heidt & Marx, 2004). La investigación previa ha mostrado que la auto observación fue efectiva para reducir las tasas de fumar en estudiantes universitarios (McFall, 1970), redujo los pensamientos obsesivos de una mujer de 25 años (Frederickson, 1975), y mejoró el modo emocional en adultos deprimidos (Harmon, Nelson & Hayes, 1980). El cambio subsecuente a la implementación de la auto observación se explica en términos de reactividad, que ha sido definido como 'cambios en la conducta del cliente que son debidos al procedimiento de medida por sí mismo' (Barlow et al, 1984, p. 93). Sin embargo, otros estudios han mostrado que la auto observación sola es insuficiente para mantener cambios clínicamente significativos en usuarios de marihuana (Twohig, Shoenberger & Hayes, 2007). El uso de la auto observación con la BA principalmente es para medir los resultados y proporcionar datos para el análisis conductual en operación, además de ser un componente de la intervención total.

Educación

Como es típico en las terapias conductuales, la BA contiene una cantidad substantiva de psicoeducación para el cliente. En ella se incluye discutir con el cliente sobre los problemas que presenta, su posible etiología, el proporcionar una explicación conductual de los comportamientos que pudieran ser rotulados como 'depresivos' o 'ansiosos', discutir la función de conductas clínicamente relevantes como la evitación de interacciones sociales y el proporcionar información

sobre el modelo de tratamiento BA. En relación con los síntomas 'depresivos' reportados, existe una pequeña diferencia entre la BA y otras modalidades tradicionales de tratamiento en términos de aceptación del criterio diagnóstico y la conducta problema del cliente. Por ejemplo, un bajo talante, problemas para dormir, pobre concentración y sentimientos de indefensión son todos síntomas típicos reportados por clientes con 'depresión' (American Psychiatric Association, 2000) y están incluidos en la formulación del caso como descriptores (Martell et al, 2001). Si es requerido, el terapeuta BA proporciona la clasificación diagnóstica de la conducta reportada por el cliente. No obstante, es importante notar que el uso del término 'depresión' o 'ansiedad' es solo la aplicación de un término verbal socialmente construido para la conducta privada y pública que típicamente es reportada como 'depresión' o 'ansiedad'. Así, en el análisis conductual el término propiamente aplicado siempre debe ser considerado separado de los eventos actuales que causan la experiencia de 'depresión' o de 'ansiedad' (Anderson, Hawkins, Freeman & Scotti, 2000). Estos eventos son la materia prima del análisis en la BA, no las etiquetas de las personas. Más aún, al ubicar la conducta depresiva y ansiosa bajo su contexto, el tratamiento BA se mueve alejándose de los modelos de depresión que la consideran como una enfermedad que enfatiza la función cerebral (e.g., deficiencias en la serotonina) o algunos procesos cognitivos (e.g., pensamientos negativos) y todo esto se considera como un esfuerzo para 'no medicar' trastornos, incluyendo la depresión (Jacobson & Gortner, 2000).

El modelo Ba se presenta formalmente ante el cliente en el inicio del tratamiento y regularmente se discute a lo largo de las sesiones subsecuentes (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). Inicialmente, el cliente puede sostener explicaciones alternativas para su comportamiento, incluyendo argumentos biológicos, genéticos y el trato que recibió cuando era niño. El terapeuta BA reconoce la influencia que pudieran tener factores genéticos y biológicos, así como factores más distantes como las experiencias infantiles, en el desarrollo de una condición tal como la depresión. Sin embargo, frecuentemente este tipo de explicaciones no son útiles para el cliente, pues no se valoran adecuadamente las propiedades físicas del ambiente, del que la conducta del cliente es función. Por lo que, el terapeuta BA tendrá que trabajar cuidadosamente para orientar al cliente en el análisis funcional de sus comportamientos 'clínicos'. Por ejemplo, el terapeuta podría decir 'la terapia BA se basa en la idea de que los eventos en su vida y la forma en que responde ante ellos influye en lo que usted siente' y, 'recogerse alejándose del mundo cuando se siente mal es natural y comprensible' (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008, p. 333).

Es una suposición de la BA y de otros enfoques analítico conductuales como la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), que las interpretaciones analítico funcionales son terapéuticas. Técnicamente, esto implica al cliente observándose y describiendo su propia conducta junto con los estímulos reforzadores, discriminativos y provocadores asociados. De esta manera, el cliente recibe educación sobre las relaciones funcionales y su análisis. La descripción de relaciones funcionales que hace el cliente se asume como un factor que aumenta la probabilidad de que logre hacer contacto con reforzadores para sus comportamientos 'saludables' (Kohlenberg & Tsai, 1991). Esto funcionará de acuerdo a 'reglas' que elabora el cliente y que incluyen descripciones de las contingencias que mantienen comportamientos 'saludables' y 'no saludables' (vea Mallot, 1989, para una discusión del 'control por reglas'). Esto puede llevar a que el individuo deprimido incremente sus comportamientos alternativos que puedan tener un efecto anti

depresivo y que reduzca otras conductas que le ocasionen un efecto depresivo. Si el ambiente natural le proporciona reforzamiento contingente para estas conductas alternativas, entonces estas se fortalecerán. Adicionalmente, el cliente puede escoger *demorar* el reforzamiento, como la persona con ansiedad social que se mantiene en la fiesta hasta que su ansiedad decrece naturalmente, en lugar de que su ansiedad se reduzca más inmediatamente abandonando rápidamente la reunión ante el primer signo de ansiedad. Al principio, el cliente podría estar en la fiesta (seguir la regla) basado en el conocimiento de las contingencias que controlan su conducta de 'escape', mismo que obtuvo en el proceso educativo de la BA, al tiempo que en futuras ocasiones que vaya a fiestas, esta conducta quede bajo el control de contingencias de ocurrencia natural.

Así que, una característica *en principio* del análisis de comportamientos clínicos, es la modificación de la conducta verbal de los clientes, al menos en relación con la forma en que describen conductas clínicamente relevantes. Dependiendo del punto de inicio, subsecuente a las sesiones iniciales y en forma gradual, es que van ganando significado (para el cliente) las descripciones de la conducta en términos funcionales. Que la conducta verbal es moldeada por sus consecuencias ya se ha establecido (Catania, 1998) aunque el moldeamiento de la conducta verbal del cliente dentro de contextos clínicos específicos, está en espera de una mayor confirmación empírica más allá de los hallazgos de los pocos estudios hasta ahora llevados a cabo (e.g., Busch et al, 2008).

Estrategias de Activación

La estrategia fundamental de la BA es el enfocarse en la activación, lo que se le explica extensivamente al cliente desde el principio del tratamiento. Por ejemplo: 'En este tratamiento, trabajaremos juntos para ayudarle a que usted se vuelva más activo e involucrado en su vida'; 'En cada sesión implantaremos los pasos para que usted se involucra en actividades que mejoren su estado de ánimo y para que resuelva problemas específicos de su vida'; y 'Activándose e involucrándose de manera específica, puede ayudarle a recibir más recompensas y a resolver de manera efectiva los problemas cotidianos' (Dimidjian et al, 2008, p. 333). El terapeuta explica que el propósito no es simplemente ponerse activo haciendo cosas al azar o actividades que se suponga tengan propiedades antidepressivas (e.g., ir al cine, comer helado), que era una característica de los primeros modelos (Lewinsohn & Libet, 1972). En lugar de ello, los objetivos de la activación en la BA se identifican de acuerdo con el análisis funcional en proceso de la conducta del cliente y, como tal, reflejan principios ideográficos y no nomotéticos. En la práctica, algunas actividades podrían ser consideradas como 'displacenteras' para alguien, aunque funcionen para mejorar la salud general de un cliente en particular, así como su bienestar.

Este aspecto conforma una diferencia crítica entre la programación de actividades en la BA y el tipo de actividades que se programan en la CBT (Young et al, 2001). En la CBT, el terapeuta colabora con el cliente para incrementar el involucramiento de este en actividades escogidas de acuerdo a supuestas propiedades de 'maestría' y 'placer'. En contraste, la BA enfatiza el involucrarse en actividades que potencialmente atraigan reforzadores positivos para un cliente en particular y siguen un análisis funcional de la vida diaria de ese cliente. Involucrarse en esas

actividades simultáneamente producto y parte del análisis. En otras palabras, involucrarse en cualquier actividad son los *medios* del análisis y no sus *finés*.

Planteamiento de Metas

Con la información obtenida por los reportes verbales del cliente durante las sesiones, así como del monitoreo entre sesiones, el terapeuta BA, en colaboración con el cliente, está en la posición de poder elaborar objetivos potenciales para la activación. Típicamente, los datos obtenidos indicarán el tipo de actividades que el cliente está evitando, las actividades que están sub-activadas y las actividades que están sobre-activadas. La tasa de involucramiento en estas actividades se asume que correlaciona con el modo emocional, el pensamiento y la calidad general de vida reportados.

Inicialmente estas actividades son materia dispuesta para ser organizada de acuerdo a su relación con metas amplias (vitales) del tratamiento (definiendo una *meta* como 'el propósito de la acción', Locke & Latham, 2001, p. 705). El planteamiento de metas es una parte de los protocolos de tratamiento BA contemporáneos (e.g., Lejuez et al, 2001; Martell et al, 2001), así como de otros enfoques conductuales (e.g., ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), y sirve para organizar actividades de acuerdo a su relación con las metas y para orientar la conducta del cliente de acuerdo a las metas que se imponga y no en base a ambiguas señales internas asociadas con la depresión o la ansiedad. Por ejemplo, Lejuez et al emplea una 'asesoría en las áreas de la vida' (p. 269) donde le pide a los clientes que 'describan actividades que pudieran llevar a cabo en áreas tales como las relaciones familiares, el empleo y los pasatiempos'. Este recurso en sí mismo es una adaptación de la 'tarea de supervisión de valores' descrita por Hayes et al, que se emplea para identificar los valores, las metas y las acciones en el marco de la ACT.

Es bien conocido que el establecimiento de metas específicas y explícitas puede mejorar prácticamente cualquier área de ejecución humana (Gollwitzer, 1999; Locke & Latham, 2002; Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991) y es una estrategia clave en los enfoques de auto-administración para la salud mental (Rehm & Adams, 2004). Las metas pueden determinarse por sus características temporales ya que algunas pueden alcanzarse casi inmediatamente en comparación con otras, por lo que es posible etiquetar las metas como de corto, mediano y largo plazo. Ultimadamente y pensándolo bien, estas etiquetas son un ejercicio arbitrario ya que cualquier meta puede tener sub-metas a corto plazo que sean pasos cuantificables hacia una meta más tardía (Sulzwer-Azaroff & Mayer). Así, para lograr metas 'finales' habrá metas inmediatas e intermedias que tendrán que alcanzarse en el camino (Malott & Garcia, 1987). Esto es importante en el contexto de la terapia BA al menos en dos sentidos. Primero, el terapeuta y el cliente pueden colaborar para generar metas concretas sin adherirse estrictamente a ningún marco temporal para su logro, ni siquiera a la duración típica de la terapia (e.g., 12 semanas). Segundo, debido a que los clientes típicamente se orientados para comportarse de manera que logren metas inmediatas pero inútiles, como sería una reducción temporal de sus emociones de tensión y de tristeza, las metas a corto plazo que estén bien especificadas y orientadas a valores, pueden funcionar para dirigir el comportamiento del cliente de forma que aumente la probabilidad de

hacer contacto con reforzadores positivos más inmediatos, al dar los pasos hacia metas de más largo plazo (Malott & Garcia).

Las metas enunciadas verbalmente se asumen que funcionan como estímulos discriminativos o prompts (antecedentes verbales de la conducta operante) de tal manera que especifican los antecedentes y las consecuencias de la conducta asociados con el logro de la meta (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991). Así, los enunciados sirven para: (a) delinear las condiciones ambientales necesarias para el logro de la meta, (b) promueven acciones específicas por el individuo para lograr la meta, y (c) señalan las consecuencias por actuar de acuerdo con la consecución de la meta. La especificación de metas puede influir la elección o la preferencia entre clases de conducta. Esto es importante debido a que todos los individuos tienen opciones múltiples de acción disponibles en cualquier momento en el contexto de su historia de reforzamiento (Fisher & Mazur, 1997), aunque las actividades cotidianas de muchos (la mayoría) de los clientes se determina por las consecuencias inmediatas de comportamientos de evitación, en lugar de comportamientos más constructivos o 'saludables'. Por ejemplo, Mullick & Naugle (2004) aplicaron la BA como tratamiento para un señor de 37 años ('Bruce') que cursaba con un trastorno de estrés post traumático y con depresión. En la evaluación Bruce se quejaba de tener un empleo poco satisfactorio, además de estar socialmente aislado. Sin embargo, su conducta de evitación incluía el no actuar en búsqueda de un empleo alternativo ('Su trabajo... era algo que podía manejar pues le exigía poco', p. 380). También, la evitación de emociones incómodas significaba que había lentamente perdido contacto con sus amigos y no planeaba o se involucraba en ninguna actividad social fuera del escenario de su trabajo. De esta manera, las metas a largo plazo de Bruce incluían el re-conectarse con amigos del pasado y reiniciar un negocio como mago de entretenimiento, algo que había experimentado con éxito considerable en tiempos anteriores.

Las metas de cualquier persona probablemente indiquen importantes fuentes de reforzamiento individual y social. En otras palabras, la elección de cualquier meta se basará en una historia pasada de reforzamientos recibidos, contingentes sobre acciones asociadas con intentos por alcanzar la meta. Así, las consecuencias de actuar hacia una meta están implícitas en la meta misma. La meta puede funcionar como una regla en la que el individuo postula que: 'En el pasado mi conducta ha sido reforzada por... y si me involucro en... mi conducta será reforzada de nuevo'; o 'En el pasado fui feliz cuando... y si me pongo a hacer... me sentiré contento de nuevo'. Al paso del tiempo las metas, como las reglas, pueden constituir una clase funcional general y reducir el tiempo requerido para clientes 'deprimidos' en establecer contextos que den soporte a conductas 'saludables' alternativas, comparado con un posible gran número de experiencias de ensayo y error (Malott, 1989).

Programación de Actividades

Después del planteamiento de metas, los clientes son motivados para identificar actividades específicas en las cuales involucrarse (Lejuez et al, 2001). Es probable que estas actividades estén relacionadas con las metas, como sería el investigar sobre una membresía de un gimnasio como un paso hacia la meta de mejorar la condición física, que también funcionaría como alternativa a la evitación, como sería ir a un evento social. Se intentarán las actividades de

acuerdo a su grado de dificultad, preferencia y orden lógico. En la BA, se espera que los clientes formulen un programa de actividades en un formato escrito (Lejuez et al, p. 273) junto con la frecuencia preferida y la duración de su involucramiento (e.g., caminar en el parque por 30 min, tres veces por semana). Las actividades se pueden programar en la consulta o como tarea en casa y resultan diferentes para cada individuo. Algunos ejemplos consignados en la literatura incluyen asistir a la iglesia, conducir un auto, visitar lugares turísticos, editar fotografías (Hopko, Bell, Armento, Hunt & Lejuez, 2005), caminar, asistir a conciertos al aire libre (Bottonari, Roberts, Thomas & Read, 2008), excursionismo, conversaciones con socios y visitas a familiares (Armento & Hopko, 2009). Sin embargo, la programación de actividades en la BA contemporánea no es lo mismo que la programación de actividades que era parte de enfoques anteriores (Lewinsohn & Libet, 1972). Los primeros modelos se enfocaban en *programar eventos placenteros*, que se basaban en la idea de que el no involucrarse en 'eventos placenteros' llevaba a la depresión y la mantenía. Este enfoque no siempre tenía éxito (Hammen & Glass, 1975).

La programación de actividades en la BA contemporánea (Addis & Martell, 2004; Martell et al, 2001) se guía por dos criterios: las metas a corto, mediano y largo plazo, así como el inicio y curso del análisis funcional de la conducta clínicamente relevante del cliente. En términos del análisis funcional, Addis & Martell (2004) usaron un acrónimo simple (ACTION, p. 74) para ayudar al cliente en el análisis de su propia conducta: A = aclarar el estado de ánimo y la conducta, C = considerar conductas alternativas, T = tratar de hacer las conductas alternativas, I = integrar esos cambios en su vida, O = observar los resultados, N = nuevamente evaluar el estado de ánimo. Este enfoque refleja los primeros intentos por analizar conductualmente la depresión (Ferster, 1973, Skinner, 1953) en los que el estado de salud mental actual del individuo existía junto con patrones de conducta históricos y presentes. El propósito era ayudar al cliente a responder de manera diferente bajo diversos escenarios diarios y entonces observar lo que sucedía y evaluar los resultados. Cuando los cambios en la conducta abierta se asociaban con cambios en la conducta cubierta (e.g., estado de ánimo), entonces esto se discutía en consideración con las variables contextuales que pudieran haber influido en los cambios (Jacobson et al, 2001).

El terapeuta BA no necesita especular si una actividad es *placentera* como ocurre en la CBT para la depresión (Beck et al, 1979). Aunque el tratamiento BA breve (Lejuez et al, 2001) estipula, 'Si usted cree que completar una actividad particular le da una sensación placentera, entonces probablemente sería bueno incluirla' (p. 268), este bien puede ser un elemento poco confiable e innecesario en el tratamiento, especialmente si el cliente experimenta una pérdida crónica de contacto con las verdaderas propiedades funcionales de los eventos que se le pide identificar. En la versión larga de la BA (Martell et al, 2001) los autores establecen: 'No es esencial calificar como placenteras a las acciones' (p. 109). Desde una perspectiva funcional contextual, las actividades se evalúan a posteriori de acuerdo a su funcionamiento (Hayes, 1993). Si el involucrarse en ciertas actividades programadas se ve que produce mejorías correspondientes en el estado de ánimo o en la calidad general de vida, entonces se motiva al cliente a continuar involucrándose en esa actividad. Aún sin una mejoría en el ánimo, este ejercicio puede demostrarles a los clientes que pueden trabajar en dirección de sus metas personales sin importar su estado de ánimo. Si hay suficiente reforzamiento contingente sobre su involucramiento en actividades, los clientes pueden establecer patrones nuevos de respuesta y así ampliar sus

repertorios conductuales. Sin alguna evidencia directa que soporte su uso continuo en la BA contemporánea, el empleo de calificativos como 'placentero', solo es un truco del protocolo CBT (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), a partir de donde se desarrolló la BA.

Los cambios pueden ser observados con nuevas y terapéuticas rutinas conductuales en la vida del cliente (Jacobson et al, 2001). Una pobre salud mental con frecuencia es caracterizada por rutinas irregulares de actividades o por falta de oportunidades que producen respuestas sintomáticas (e.g., desórdenes del ánimo; Plante & Winkelman, 2008). Involucrarse regularmente en actividades alternativas puede convertirse en una rutina tal, que las conductas saludables se vuelven un lugar común. El terapeuta BA trabaja con el cliente para identificar áreas de regulación de rutinas que pudieran tener un resultado terapéutico. El proporcionar materiales, como formatos de auto observación y protocolos de actividad diaria, motivan y ayudan a establecer esas rutinas.

Manejando las Barreras ante la Activación

Toda actividad programada y toda meta planteada representan una 'tarea' (algo que necesita ser hecho. Como tal toda actividad y toda meta puede ser parte de la supervisión de las tareas, donde la actividad se descompone en pequeños componentes o pasos. Toda tarea, independientemente de su complejidad, es posible que se le pueda ordenar de acuerdo a sus elementos conductuales). Las tareas son acciones necesarias para alcanzar un objetivo conductual mayor (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991). Por ejemplo, Addis & Martell (2004), discuten estrategias para ayudar a los clientes a 'fragmentar en componentes' su actividad y hacer cambios 'un paso a la vez' (pp. 107-127). Esto es diferente a los enfoques de tratamiento, como la exposición gradual para la ansiedad (White & Barlow, 2002), en donde una jerarquía de actividades se construye en relación con el grado de dificultad inherente en cada actividad derivada del nivel anticipado de respuesta emocional. En un análisis de tareas, se elabora una cadena de pasos conductuales de acuerdo a la secuencia lógica más eficiente de los eventos necesarios para alcanzar un objetivo general; la respuesta emocional es (técnicamente) irrelevante. Por ejemplo, conseguir un empleo puede ser un objetivo conductual estipulado por el cliente durante el tratamiento BA. Existen varios pasos para lograr ese objetivo que incluyen el elaborar un currículum, hacer una lista de empleos preferidos, leer los avisos del periódico, realizar búsquedas en internet, telefonar a agencias de empleo, llevar el currículum, visitar a empleadores potenciales, llevar los papeles y asistir a entrevistas de trabajo. Cada una de estas actividades también sería susceptible de descomponerse en pasos o elementos más pequeños, si es necesario.

El terapeuta BA debe trabajar con el cliente para que sea específico y detallado en la descripción de las actividades programadas, incluyendo los pasos conductuales necesarios para completar la actividad (Jacobson et al, 2001). Si el cliente falla en completar cualquiera de las actividades programadas necesarias para alcanzar la meta a largo plazo, el terapeuta y el cliente pueden efectuar un análisis de tareas para identificar posibles barreras a la activación. Si las barreras son ambientales, como demandas temporales, intromisión social o de transporte, se pueden formular maneras de salvarlas. Si las barreras son psicológicas, como la conducta de

evitación, el terapeuta regresará a exponer el modelo BA e identificar las funciones de las conductas del cliente.

Así, las barreras en la terapia BA se sobrepasan con un análisis más focalizado y la activación subsecuente. Las técnicas conductuales tradicionales, incluyendo el entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias de administración del tiempo libre, puede que sea necesaria su implementación, pero el propósito general radica en las deficiencias conductuales que deben resolverse dentro del contexto de la ocurrencia natural de las contingencias de reforzamiento dentro del ambiente específico del cliente. Solo se necesitará un pequeño paso para que el cliente entre a la 'trampa' conductual en donde haya disponible reforzamiento amplio y de alta calidad para apoyar un cambio conductual mayor (Stokes & Baer, 1977). En efecto, habrá que moldear habilidades en los clientes mediante interacciones con un ambiente más amplio, en lugar de basarse en interacciones solo durante la sesión de terapia. Cualquier cambio conductual que ocurra en escenarios 'comunitarios' naturales es más probable que se generalice a otros escenarios y se mantenga por largo tiempo (Kohler & Greenwood, 1986). La técnica de enfocarse en la activación en contextos cotidianos, se contrasta con enfoques analítico conductuales como el FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991), que se basa poderosamente en la interacción cliente-terapeuta que sucede durante las consultas, para producir el cambio conductual.

Dejar de pensar y empezar a actuar: cambiando de la terapia cognitiva a la activación conductual en un caso de depresión crónica resistente al tratamiento

Bottonari K.A., Roberts J.E., Thomas S.N. & Read J.P.
Cognitive and Behavioral Practice (2008), 15, 376-386
Traducción resumida de: Ps Jaime E Vargas M

Diversas investigaciones actuales han demostrado que la Terapia Cognitiva (CT) y la Activación Conductual (BA) son tratamientos eficaces para la depresión. El presente reporte se enfoca en el tratamiento de Mr.X, un señor de 62 años de edad con depresión crónica resistente al tratamiento. Se demostró que la BA se asoció con mejoría en su estado de ánimo que fue apoyada por observaciones clínicas de un mejor funcionamiento. Se hizo la hipótesis de que los esfuerzos vinculados con la reestructuración cognitiva tuvieron un efecto iatrogénico en este paciente y paradójicamente dispararon rumiación depresiva.

El presente reporte describe un estudio de caso de un paciente en psicoterapia quien respondió favorablemente a la BA luego de no responder a la CT que fue su primer tratamiento psicológico.

Método

Sujeto.- El Señor X era un masculino caucásico de 62 años de edad, casado y jubilado, que se presenta a una clínica ambulante para tratar sus síntomas crónicos depresivos. El sujeto y su esposa tuvieron dos hijos ya mayores que vivían en el vecindario con sus respectivas familias. Ya había recibido algunos tratamientos previos con medicamentos y con shock electro convulsivo, pero nunca antes con CT o BA. Él mismo buscó la CT para complementar su medicación. Sus problemas depresivos se inician durante la segunda década de su vida.

Materiales.- Se le aplicaron diversos test para evaluar su condición, entre ellos el Mood Module de la Entrevista Clínica Estructurada para el Eje I del DSM-IV, el MMPI-2 y el MMSE (Mini Examen de la Condición Mental). También se le pidió que supervisara sus pensamientos y actividades calificándolas diariamente con un solo reactivo sobre su modo emocional (0 = ánimo muy bajo, al 10 = ánimo muy alto). Aunque no hay disponible evidencia de las propiedades psicométricas de estos datos, existe evidencia de que un solo reactivo es válido para medir la depresión (e.g., Guy, 1976; McKenzie & Marks, 1999; Nugent, 1992; Zimmerman et al, 2006).

Procedimiento:

- (a) Conceptualización Cognitiva.- El Señor X se presentaba a la clínica con frecuentes y abiertamente rígidas expresiones negativas de él mismo combinadas con sentimientos de inutilidad y baja auto estima. Dado su explícito requerimiento por terapia cognitiva de Beck (Beck, 1967, 1976), y el que este enfoque pareciera apropiado en su caso, el manejo de su caso inició con este enfoque. El modelo cognitivo de Beck sugiere que el tono emocional y el comportamiento de un individuo está afectado mayormente por sus pensamientos automáticos, los que a su vez son moldeados por esquemas cognitivos disfuncionales... El modelo cognitivo sugiere que los esquemas subyacentes influyen sobre las cogniciones relacionadas con situaciones cotidianas. El señor x describía haber tenido deseos de limpiar su azotea, pero empezó a tener pensamientos automáticos como “No puedo hacerlo” y “No sé hacerlo”. En lugar de limpiar la azotea se pasó el día descansando y pensando (rumiación) en sus limitaciones. Otros pensamientos automáticos frecuentes en el paciente eran “No tengo nada interesante que decir”, “Los demás piensan que soy aburrido”, “Mi vida no es tan interesante como la de otros”, “Nadie querrá hablar conmigo”, “Necesito que otros me ayuden”, “Sin mi esposa me siento perdido”... pensamientos que revelan esquemas sobre su capacidad social: “Nadie me puede querer”, “Soy una persona inferior”.
- (b) Conceptualización Conductual.- Aunque enfocarse en la conducta no está contraindicado en el modelo de Beck, la conceptualización tuvo que revisarse aproximadamente a los 5 meses de iniciado el tratamiento pues el señor X tenía dificultades con la reestructuración cognitiva, por lo que se decidió cambiar al modelo de la Activación Conductual (Jacobson et al, 2001). Esta conceptualización bajo el modelo BA sugería que la depresión del señor X se mantenía debido al contexto de su comportamiento. Más específicamente, el señor X se involucraba en conductas que resultaban negativa y no positivamente reforzadas, por la vía de la evitación de situaciones aversivas o temidas. El modelo BA especula que los clientes se involucran en conductas que alcancen la meta a corto plazo de aliviar sus molestias (e.g., evitar situaciones sociales por miedo a ser rechazado). Específicamente, estas conductas se mantienen con reforzamiento negativo (e.g., retiro del miedo/ansiedad asociado con las conductas de evitación). El protocolo de trabajo de la BA motiva a enseñarle al señor X a que identifique las situaciones disparadoras que resultan en conductas de evitación y a entender las consecuencias de tal comportamiento. Subsecuentemente, aprenderá a responder de una manera más activa y a elegir actividades que le sean personalmente reforzantes y que lo llevarán a mejorar su estado de ánimo. La primera sesión BA fue para explicarle el modelo BA de Jacobson. El terapeuta explicó que el tratamiento se centraría en la conducta y en la elección de actividades que afecten su modo emocional. Se le pidió notar cómo se sentía cuando estaba activo haciendo algo que le gustaba y cómo se sentía cuando no hacía nada. Aproximadamente a los 2 meses de estar en la BA, el señor X llegó y dijo que no tenía mucho de qué hablar, que su humor era bueno y que había estado bastante activo esa semana.

Resultados

En la Figura 1 podemos apreciar los puntajes diarios del estado de ánimo del señor X durante los 147 días de la fase CT (21 sesiones) y durante los primeros 147 días de la terapia BA (14 sesiones). Estos resultados muestran un efecto significativamente mejor para la fase BA que es superior al de la fase CT (mejoría de 1.2 puntos en la escala subjetiva de humor).

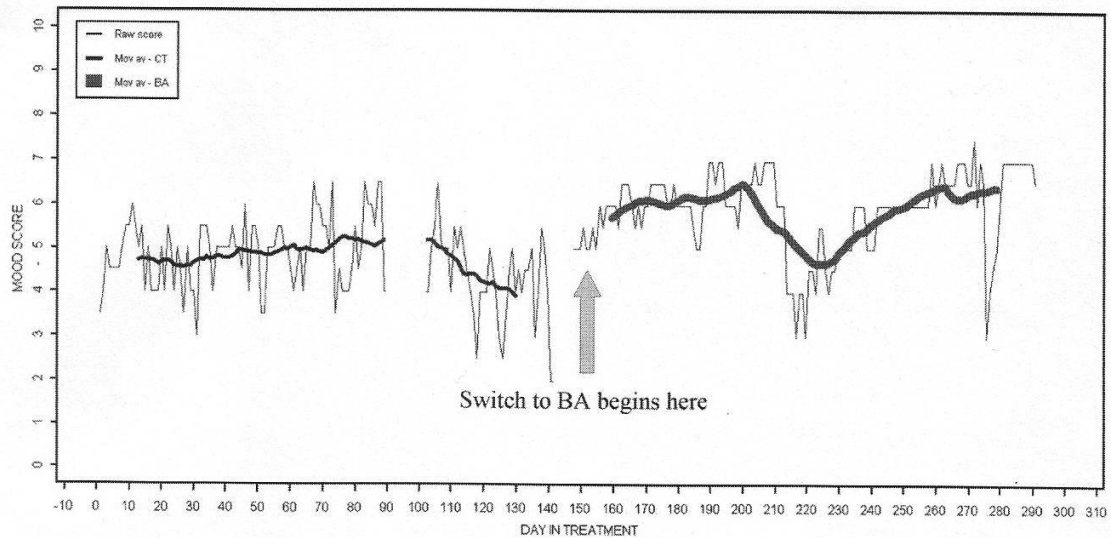


Figura 1.- Registro diario del estado de ánimo

En la Figura 2 el cliente reportó mejoría en su estado de ánimo durante el curso del tratamiento BA, mientras que su estado emocional se empeoraba en la fase CT. En la Figura 3 se puede apreciar que aun cuando la fase CT produjo mejoría en un principio, esta declinó al paso del tiempo. En contraste la fase BA se caracterizó por una mejoría estable.

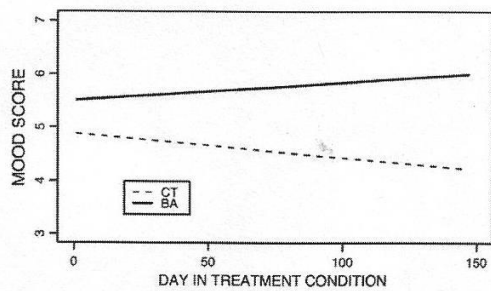


Figura 2.- Interacción Tiempo x Tipo de Tx

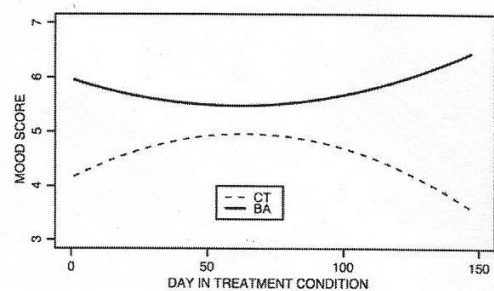


Figura 3.- Interacción
Tiempo x Tiempo x Tipo de Tx

Activación Conductual para los Desórdenes de Ansiedad

Hopko, D.H., Sarah, Robertson, S.M.C., Lejuez, C.W.

The Behavior Analyst Today (2006), 7(2), 212-224

Traducción: Ps Jaime E Vargas M

Resumen

Los datos acumulados sugieren que las intervenciones mediante la activación conductual pueden ser un enfoque efectivo en el tratamiento de la depresión clínica. Dada la gran co-morbilidad y la sobreposición de constructos entre la ansiedad y los trastornos del modo emocional, resulta indicada una intervención conceptual y metodológicamente integrada, que encare los síntomas de ambas condiciones. Con ese fin, encaramos dos interrogantes. Primero, ¿la sobreposición de los constructos y las semejanzas funcionales entre la ansiedad y los trastornos del modo emocional, serán tan sustanciales que posibiliten una intervención integrada? Segundo, ¿los tratamientos con activación conductual serán conceptualmente compatibles con las intervenciones conductuales tradicionales para los trastornos de ansiedad? Para responder a estas cuestiones, se describen brevemente las intervenciones con activación conductual y sus principios subyacentes, seguidas de un marco teórico analítico funcional, en el que los patrones de los síntomas básicos de la depresión y la ansiedad son vistos como conceptualmente paralelos en el contexto de un síndrome general de afecto negativo. Finalmente, se discuten las aplicaciones prácticas de la activación conductual para la ansiedad y se presenta un caso ilustrativo para destacar cómo la activación conductual puede usarse en el tratamiento de un paciente en el que coexisten la ansiedad y la depresión como patologías.

Palabras clave: Activación Conductual, Ansiedad, Depresión, Trastornos Emocionales.

La activación conductual puede definirse como un proceso terapéutico que enfatiza los intentos estructurados para producir incrementos en los comportamientos abiertos, que aumenten la probabilidad de que los pacientes entren en contacto con las contingencias reforzantes de su ambiente y produzcan la mejoría correspondiente en sus pensamientos, modo emocional y calidad general de vida (Hopko, Lejuez, Ruggiero & Eifert, 2003). La terapia conductual tradicional para los trastornos depresivos incluía un componente de activación donde

el objetivo era el incrementar el acceso a eventos placenteros y reforzadores positivos y, simultáneamente, reducir la frecuencia e intensidad de consecuencias y eventos aversivos (Lewinsohn & Atwood, 1969; Lewinsohn & Graf, 1973; Zeiss, Lewinsohn & Munoz, 1979). El soporte empírico de estas intervenciones generalmente resulta favorable, atenuando eficientemente comportamientos depresivos, cogniciones, sobre todo si van acompañados de métodos de entrenamiento en habilidades interpersonales (Zeiss et al, 1979). Sin embargo, hay otros investigadores que apoyan menos a la terapia conductual tradicional y han demostrado que estudiantes universitarios con depresión moderada no reducen su depresión luego de haber participado en comportamientos y eventos calificados como altamente placenteros (Hammen & Glass, 1975). Dado el apoyo equívoco a las intervenciones puramente conductuales, tenemos supuestos paradigmáticos asociados con la revolución cognitiva, que alegan que las intervenciones multifacéticas que incluyen reestructuración cognitiva, producen resultados superiores (Blaney, 1981; McLean & Hakstian, 1979), por lo que las terapias conductuales pioneras para la depresión gradualmente han sido remplazadas por terapias cognitivo conductuales más integrativas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge & Teri, 1984; Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeiss, 1986; Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980; Rehm, 1977).

Después de haberse publicado un reporte de análisis de componentes que indicaba que la terapia cognitivo-conductual no era más efectiva que las intervenciones conductuales para tratar la depresión, el interés en los enfoques puramente conductuales se revitalizó (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998; Jacobson et al, 1996). Después de este estudio, se han acumulado datos sustanciales preliminares que apoyan la utilidad de dos nuevas formas de intervención: la Activación Conductual (BA; Addis & Martell, 2004; Martell, Addis & Jacobson, 2001) y el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD; Lejuez, Hopko & Hopko, 2001, 2002). Estos enfoques se han empleado eficientemente con pacientes deprimidos de un centro comunitario de salud mental (Lejuez, Hopko, LePage, Hopko & McNeil, 2001), en hospitales psiquiátricos (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003), como intervención suplementaria para pacientes comórbidos del Eje I (Hopko, Hopko & Lejuez, 2004; Jakupak et al, in press; Mulick & Naugle, 2004) y desórdenes del Eje II (Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir & Lejuez, 2003), en el formato de terapia de grupo (Porter, Spates & Smitham, 2004) y como tratamiento para pacientes deprimidos con cáncer en cuidados de primer nivel (Hopko, Bell, Armento, Hunt & Lejuez, 2005). En el que posiblemente sea el estudio más completo a citar, los datos indican que el efecto de la activación conductual (Martell et al, 2001) puede ser comparable al tratamiento con terapia cognitiva o con Paroxetina, en donde se empleen intervenciones psicosociales con ventajas a largo plazo y reducciones en los costos médicos (Hollon, 2003).

Tomando en cuenta que las intervenciones mediante la activación conductual casi exclusivamente se han empleado en el contexto del tratamiento de los desórdenes depresivos y que los hallazgos muestran que aproximadamente un 50% de los individuos con depresión también tienen un desorden de ansiedad (Kessler et al, 1996; Mineka, Watson & Clark, 1998), se necesita mayor trabajo para explorar qué tan adecuadas son las intervenciones con activación conductual en el tratamiento de los comportamientos relacionados con la ansiedad. En

concordancia con este objetivo, habría que responder algunas interrogantes. Primero ¿serán los constructos de la ansiedad y la depresión funcionalmente semejantes al grado de que merezcan el uso de una intervención integradora? Segundo ¿si hubiera una semejanza funcional, se traduciría ésta al campo aplicado, de manera que el tratamiento con activación conductual resulte conceptualmente compatible para obtener una intervención eficaz para los trastornos de ansiedad? Con relación a esto último, ¿si la compatibilidad teórica y aplicada es evidente, sería necesario modificar los procesos de activación conductual para acomodarlos mejor ante los síntomas relacionados con la ansiedad? De ser así ¿cómo? Para responder a estas cuestiones, las intervenciones con activación conductual, así como los principios que le subyacen, se describirán brevemente, seguidos de un enfoque analítico funcional en el que los patrones sintomáticos de la ansiedad y la depresión son vistos como conceptualmente paralelos en el contexto de un síndrome general de afecto negativo (Barlow, Allen & Choate, 2004; Barlow & Campbell, 2000). Finalmente, presentamos un caso ilustrativo para resaltar cómo la activación conductual podría usarse para el tratamiento simultáneo del paciente en el que coexistan patologías ansiosas y depresivas.

Procedimientos y Principios de la Activación Conductual.

La Activación Conductual (BA; Addis & Martell, 2004; Martell, Addis & Jacobson, 2001) se enfoca sobre los aspectos funcionales de la conducta depresiva, haciendo énfasis en las transacciones evolutivas entre la persona y su ambiente durante el tiempo y en la identificación de disparadores ambientales y respuestas de confrontación inefectivas involucradas en la etiología el mantenimiento del afecto depresivo (Martell et al, 2001). El modelo básico enfatiza la manera en que la experiencia de estar deprimido involucra relaciones bi-direccionales entre eventos vitales (ejem.: pérdidas, conflictos, relaciones tensas, reubicaciones, cambios de personal en el trabajo), programas de reforzamiento modificados (ejem.: reducción en el reforzamiento positivo contingente a las respuestas, incremento en los castigos, reforzamiento negativo de la conducta deprimida) y problemas secundarios que incluyen confrontación mediante la evitación, inactividad y rumiación. La evitación conductual resulta central en el modelo BA, con la conducta depresiva (ejem.: inactividad, retiro) vistas como estrategias de afrontamiento para evitar circunstancias ambientales que proporcionan niveles bajos de reforzamiento positivo o niveles altos de control aversivo. Así, el objetivo primario en el tratamiento está en reducir las conductas de evitación e incrementar el reforzamiento positivo contingente a las respuestas, primero aumentando la consciencia del paciente sobre cómo los eventos (disparadores) internos o externos producen respuestas emocionales negativas que pueden efectivamente establecer patrones recurrentes de evitación.

Una vez que se reconocen estos patrones, la meta principal consiste en asistir al paciente para que se re-involucre en diversas conductas saludables mediante el desarrollo de estrategias alternativas de confrontación. Para reducir las conductas de escape y evitación, los pacientes aprenden a supervisar el funcionamiento de su comportamiento y, consecuentemente, a efectuar una elección informada entre continuar escapando y evitando o, más bien, involucrarse en comportamientos más adaptativos que puedan mejorar su estado emocional y su calidad de vida.

Algunos componentes de este tratamiento que se emplean para facilitar la actividad y la confrontación activa incluyen la práctica de calificar el dominio que se tenga de algunas actividades así como calificar el grado de placer que recibimos al efectuarlas, el asignar actividades para aumentar el dominio de ellas y el placer de hacerlas, la recreación mental del tipo de actividades que se les han asignado, tareas de juego de roles, modelamientos por parte del terapeuta, distracción periódica de problemas y eventos displacenteros, entrenamiento en mindfulness o en relajación muscular, auto-reforzamiento y métodos de entrenamiento en habilidades (ejem.: higiene del sueño, asertividad, comunicación, solución de problemas).

Un Análisis Funcional de la Depresión

C. B. Ferster

American Psychologist (1973), 857-870

Traducción de : Ps Jaime E Vargas M

La depresión, como el autismo infantil (Ferster, 1961) pareciera tratarse de un campo especialmente apropiado para los psicólogos conductuales debido a los trozos de conducta faltantes y que son tan prominentes. El estilo conductual del análisis enfatiza la frecuencia de la conducta como su dato principal, mientras que las categorías particulares de conducta, cuya frecuencia se contabiliza, son reconocidas a partir de la literatura clínica o de la experiencia común. El enfoque conductual es útil para comunicarse, clarificar y elaborar conocimiento objetivo sobre el comportamiento humano que se ha descubierto clínica o experimentalmente. Así, el análisis conductual podría usarse para complementar, más que para sustituir, al conocimiento clínico (Ferster, 1972). Este enfoque se deriva del análisis funcional de la conducta que hace Skinner, particularmente en su libro *Ciencia y Conducta Humana* (Skinner, 1957). Especialmente en los capítulos que analizan el auto-control, la educación, la religión, el gobierno y la ley, así como la conducta social, Skinner define los principales tipos de actividades que caracterizan diversas ejecuciones y busca las variables que controlan o influyen en su frecuencia. Ferster nos ha proporcionado mayores detalles del análisis funcional del auto-control (Ferster, 1962) y de la psicosis infantil (Ferster, 1961).

La primera tarea en un análisis conductual esta en definir la conducta objetivamente, enfatizando clases (genéricas) de ejecuciones consistentes con los hechos clínicos prevalecientes, las conductas componentes que pueden ser observadas, clasificadas y enumeradas. Luego, los procesos conductuales básicos pueden ser aplicados para descubrir el tipo de circunstancias que pueden aumentar o disminuir la frecuencia de formas de actuar particulares. Finalmente, una aproximación objetiva del fenómeno depresivo puede proporcionarnos un marco de trabajo para experimentos que midan fenómenos clínicos válidos y complejos. Una explicación objetiva de la relación funcional entre la conducta del paciente y sus consecuencias en el ambiente físico y social puede identificar los elementos efectivos de un procedimiento terapéutico, de manera que pueda ser aplicado selectivamente y con más frecuencia.

LA DEPRESIÓN COMO FRECUENCIA REDUCIDA DE CONDUCTA ADAPTATIVA

La definición clínica de la depresión (Asociación Psiquiátrica Americana, 1968) como un “estado emocional con retardo en los procesos de pensamiento y psicomotriz, acompañado de sentimientos de culpa o auto-crítica y delirios de ineficiencia (p. 36)” es un buen punto de inicio

para descubrir las formas actuales de conducta que describen la forma en que una persona deprimida interactúa con su ambiente.

Para observar las conductas actuales, aludidas en la definición clínica de la depresión, necesitamos observar la frecuencia de diversas clases de actividades que hace la persona deprimida, en comparación con lo que hace una persona que no está deprimida. La característica más obvia de una persona deprimida es la falta de cierto tipo de actividad junto con un incremento en actividades de evitación y escape tales como quejarse, llorar y estar enojado. Una persona deprimida puede sentarse silenciosamente por largos periodos o quizá quedarse en cama todo el día. La latencia para responder a una pregunta puede ser más larga que lo usual y lo que es hablar, caminar o efectuar tareas rutinarias también ocurre lentamente. Aunque pudiera en cierto momento responder preguntas, cuestionar algo o incluso hablar libremente, la frecuencia general es baja. Podrían ocurrir ciertos tipos de conducta verbal como relatar una historia sorprendente, escribir un reporte o una carta o hablar libremente sin que se le solicite.

La alusión que hace Beck (1967) de la depresión clínica como representación de una reducción en las gratificaciones sugiere la cercana conexión entre la frecuencia de los actos de la persona y de los reforzadores que la soportan. Una frecuencia reducida en algunas actividades del repertorio de la persona deprimida pueden incluso disminuir la efectividad de reforzadores cercanamente conectados a procesos fisiológicos como el hambre y el sexo. Como estas actividades en su función completa también involucran un repertorio social colateral complejo, su reducida frecuencia no necesariamente significa que el sexo o la alimentación ya no sean reforzantes. Luego entonces, si hay una depresión de la actividad social, el producto colateral podría ser una frecuencia reducida de actividad alimenticia y sexual. Comúnmente la persona deprimida reporta falta de interés en pasatiempos y deportes, así como falta de compromiso emocional, lo que podría ser un ejemplo de una falta colateral de conducta social, análoga a la conexión entre los componentes fisiológicos y sociales del sexo y la alimentación. Por ejemplo, jugar bridge no solo requiere de apostar, jugar una mano y llevar la cuenta, sino que también necesita arreglar el encuentro de cuatro personas, lidiar con los efectos interpersonales que produce el ganar o perder, así como de conversar antes y después de jugar. Los vínculos emocionales, sin importar el tipo de afecto, se expresan con cantidades substanciales de actividad ya sea reforzada o influida de alguna manera por la otra persona. Incluso la fantasía que rodea un vínculo emocional requiere de una cantidad sustancial de dialogo "silencioso", si no es que abierto. De esta manera, casi cualquier actividad significativa ocurre debido a diversas fuentes y una depresión puede representar un debilitamiento de una o más de esas fuentes de conducta.

EVITACIÓN Y ESCAPE

La persona deprimida se involucra con una alta frecuencia en conductas de evitación y escape de estímulos aversivos, quejándose y pidiendo ayuda, junto con una frecuencia reducida de comportamientos positivamente reforzados. Repetidamente expresa lo mal que se siente, llora, habla sobre el suicidio, se siente cansada y enferma. El suicidio, excepto cuando se trata de una manipulación histérica, es la última expresión de las experiencias aversivas en la vida, aún así, como variable dependiente no permite su medida como una operante cuya dimensión principal

fuera su frecuencia. Una queja (e.g., No puedo dormir o Me siento terrible) es una clase de actividad que ha removido o aminorado condiciones aversivas en el pasado, aún cuando no haya nada que el oyente pudiera hacer en el momento presente. Por ejemplo, “Por favor bájale volumen al radio”, es una queja menor que comúnmente se refuerza cuando la otra persona reduce el volumen del radio. El reforzamiento frecuente de las quejas en la vida cotidiana aporta para la expresión de ejecuciones similares, pero inefectivas, ante la presencia de otras situaciones aversivas. Skinner (1957, pp. 41-48) efectuó el análisis funcional de este tipo de comportamiento, al que designó como supersticioso o como un mando extendido, refiriéndose a una persona en un día lluvioso que dice “Quisiera que dejara de llover” o la expresión proverbial que dice “Mi reino por un caballo”.

A estas ejecuciones se les dice “extendidas” debido a que se explican por instancias pasadas donde comportamientos semejantes han sido efectivos. Así, la persona que expresa “Me gustaría que parara de llover” es alguien quien en el pasado ha terminado situaciones aversivas con expresiones tales como “Podrías dejar de salpicar, que me estas mojando”. Se combinan tres condiciones primarias para producir un mando extendido: (a) Que ejecuciones semejantes hayan terminado estímulos aversivos en el pasado, (b) que un estímulo aversivo esté presente y tenga suficiente influencia para producir una ejecución que lo elimine o que escapen de él, y (c) que se cuente con una ejecución efectiva en el repertorio conductual. Es lo aversivo de la lluvia o la ausencia de un caballo, aunado con la imposibilidad de detener la lluvia o de continuar la batalla sin un caballo, lo que induce a las ejecuciones extendidas desde la experiencia pasada.

Las quejas y otros componentes negativamente reforzados del repertorio de la persona deprimida, a veces son acompañadas de actividades agitadas de alta frecuencia, tales como escribir a mano, caminar o hablar compulsivamente. Estas actividades tienen una función similar a la de las quejas, pues enmascaran otras condiciones aversivas tales como el silencio, la inactividad o actividades que producen ansiedad. Cuando haya métodos más efectivos para evitar situaciones aversivas, estos serán preeminentes sobre otros menos efectivos, más simples o primitivos.

LA EVITACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES AVERSIVAMENTE CAUSADAS, RESULTAN PREEMINENTES A LA CONDUCTA REFORZADA POSITIVAMENTE

No siempre es posible decir qué una persona deprimida se encuentra agitada, atribulada y se queja continuamente debido a la ausencia de conducta positivamente reforzada o afirmar que la conducta aversivamente motivada es más potente e impide el comportamiento positivamente reforzado. A pesar de todo, es importante darse cuenta de la cercana relación entre aspectos positivos y aversivos en la vida de la persona deprimida. Un repertorio conductual que eficientemente evita la estimulación aversiva bien puede, aún así, carecer de cantidades suficientes de reforzamiento positivo. Recíprocamente, la conducta motivada aversivamente de algunas personas deprimidas puede provenir de la ausencia de conducta reforzada positivamente o de una reducción súbita de ésta. Es un problema saber si una persona puede sobrevivir cuando su repertorio conductual consiste solamente de conductas reforzadas negativamente. Así que, aunque la molestia extrema que siente la persona deprimida debe ser el primer punto de contacto

en la terapia, el objetivo a largo plazo necesita enfatizar aquellas conductas positivamente reforzadas que hacen falta.

COMPORTAMIENTO BIZARRO E IRRACIONAL

A pesar de su utilidad diagnóstica, los comportamientos bizarros o irracionales confunden la descripción objetiva del repertorio conductual de la persona deprimida, debido a que distraen al observador con otros aspectos. Una persona deprimida bien puede hablar excesivamente independientemente de quien la escuche (aunque en general su tasa de emisión de lenguaje sea baja), puede volverse incoherente, repetir señales manuales, adoptar rituales complejos o pasar mucho tiempo del día haciendo actos simples como escribir, caminar, murmurar, jugar con su pelo, con sus genitales o con otras partes de su cuerpo o llevar compulsivamente cargando algún objeto. Estos son los comportamientos descritos por la Asociación Psiquiátrica Americana (1968) en su sistema de clasificación, como los aspectos maniacos de la psicosis maniaco depresiva. La alta frecuencia de estas ejecuciones no implica que sean las conductas más fuertemente mantenidas en el repertorio de la persona o que sean un factor causal de su depresión. A pesar de su alta frecuencia, no podemos asumir que los actos repetitivos simples tengan la misma relación funcional con el ambiente o que incluso tengan la misma persistencia y duración que los actos de un repertorio normal, excepto cuando sirven para preocuparnos o interrumpirnos. Es posible que muchos de estos actos repetitivos ocurran por default entre el resto del repertorio y debido a que su reforzamiento, si acaso, es más sencillo que el de actividades sociales complejas. Aparentemente, el no estar dispuesto a hacer nada, particularmente cuando es apropiado hacer algo, pareciera ser un evento altamente aversivo.

Los comportamientos bizarros, irracionales o no funcionales ocurren con la misma relación con el repertorio normal de personas no deprimidas y deprimidas, cuando se encuentran en situaciones donde la actividad normal está restringida. Una persona que asiste a una conferencia, por ejemplo, en presencia de un orador que no genera interés, pero si suficiente ansiedad para lograr un mínimo de atención, puede estar rodando una basurita sobre la mesa, haciendo garabatos en un papel, tocándose repetidamente el cuerpo de manera ritualista o tener pensamientos bizarros e irracionales. Estas ejecuciones, poco importantes por sí mismas, pueden ocurrir debido a que no hay otra actividad apropiada para el momento y, como resultado, la conducta irracional es prepotente sobre un repertorio de cero. Los experimentos sobre privación sensorial (Heron, 1957) proporcionan condiciones funcionalmente comparables a una conferencia. Semejante prominencia sintomática es común en los esquizofrénicos o en los niños autistas (Ferster, 1961). Podemos suponer que el niño autista ejecuta actos repetitivos simples hasta que haya actividades significativas que resulten suficientemente exitosas para prevenir las actividades erráticas no funcionales.

Skinner (1959) comparó la sintomatología bizarra o errática, con los patrones erráticos de un televisor cuando no está sintonizado. El técnico que repara la televisión trabaja con los componentes que hacen falta para que la TV trabaje bien y no analiza los detalles de la imagen bizarra que genera. Así pues, parece probable que cualquier factor que produzca una reducción

temporal o a largo plazo en el reforzamiento positivo de la conducta, también producirá comportamiento bizarro o irracional como producto colateral.

EL REPERTORIO DE LA PERSONA DEPRIMIDA ES PASIVO

El grueso de la actividad de la persona deprimida es probablemente pasivo, producto de ayudas, órdenes u otras iniciativas aversivas de parte de otras personas, sin ser actividades libremente escogidas. El reforzamiento en la interacción es más probablemente apropiado para el repertorio de la otra persona, que para la persona deprimida. Ante el silencio, por ejemplo, la persona deprimida promoverá que alguien más hable, en lugar de iniciar alguna actividad que sea importante para él mismo. Es más probable que, en situaciones sociales, éste funcione como escucha que como orador. Así, mucho del carácter pasivo del repertorio de la persona deprimida pareciera relacionarse con la preponderancia del control aversivo aplicado por otros y la ausencia de control positivo derivado del repertorio de la propia persona.

Dos tipos de acciones pueden ocurrir cuando una persona se enfrenta a una situación aversiva: acción directa que puede alterarla o actividad indirecta, como quejarse, que solo reconoce la situación. Por ejemplo, si un empleador exige más trabajo del que realísticamente puede efectuarse, una persona puede tomar acción directa y hacer planes para encontrar otro trabajo, investigar los tiempos que toma cada parte de la tarea o confrontar al patrón y discutir lo que podría esperar realísticamente o la reacción podría ser indirecta si se queja con otros de lo difícil de su empleo y de lo que quisiera tener un trabajo mejor. Los dos tipos de reacción también pueden distinguirse por el tipo de reforzadores que mantienen la actividad de la persona. En el caso de la acción directa, las ejecuciones son operantes reforzadas negativamente, que reducen o terminan con la estimulación aversiva. Tal repertorio es activo más que pasivo debido a que altera el ambiente que controla las acciones de la persona. Las acciones indirectas (mágicas, supersticiosas o ejecuciones de evitación extendidas) son pasivas debido a que hay muy poca posibilidad de que puedan influir sobre el ambiente aversivo, aún cuando son controladas por este. La persona activa actúa sobre el ambiente recíprocamente. La persona pasiva reacciona ante el ambiente como en un reflejo.

Otro aspecto de la pasividad de una persona deprimida está en su reacción ante la iniciativa de otras personas en una situación social interactiva. Por ejemplo, la persona 1 en una interacción normal dice "Acabo de leer un libro interesante" y procede a hablar sobre ello, contestando lo que le dice la persona 2: "cuéntame un poco". La persona 2 interrumpe o continúa diciendo después "Eso me parece útil ya que ..." o "Suena tan diferente de lo que dicen otros autores que imagino ...". En este tipo de interacción es probable que haya reforzamiento positivo para la conducta de ambos participantes. Sin embargo, las interacciones entre dos personas pueden darse de manera que una persona tenga un rol activo, la otra persona tenga un rol pasivo y el reforzamiento sea negativo ya que la persona pasiva emite poca conducta o es reforzada por evitar algún estímulo aversivo. Aunque la conducta de ambas personas puede reforzarse cuando una persona deprimida conversa con alguien más, es posible notar los diferentes tipos de reforzamiento que gobiernan a cada persona. El orador controla al oyente pues él está emitiendo ejecuciones reforzadas por la reacción del escucha y el oyente controla al orador al instigar,

reforzar o quejarse. Una persona actúa con flexibilidad e iniciativa, mientras la otra evita lo aversivo del silencio o de la soledad. Pareciera aludirse a la pasividad de la persona deprimida cuando se afirma, clínicamente, que la persona deprimida no está dispuesta a hacerse responsable de sus actos. Una persona que refunfuña ante la dificultad de problemas interpersonales, es pasiva en el mismo sentido de los ejemplos previos. Mientras los pucheros a veces sirven como castigo para alguien con quien la persona deprimida siente coraje, posee la misma calidad mágica o extensa tipificada por una queja, en comparación a lo que es la acción directa (reforzada).

El fracaso para tratar con, evitar o escapar de las consecuencias sociales aversivas caracterizan muchas de las situaciones que producen depresión en un grupo de terapia, como cuando alguien severamente criticado durante la sesión previa no asiste a una reunión en particular. El terapeuta observa que no se ha hecho el trabajo y la actividad restante tiene la forma de enunciados o especulaciones de culpa por haber insultado a la persona faltante. Cuando el terapeuta sugiere que hay cierta conexión entre el miembro faltante y la incapacidad de los demás para trabajar, la conversación cambia para aclarar las circunstancias que rodean al acontecimiento. Las insinuaciones del terapeuta proporcionan un apoyo adicional suficiente para discutir las circunstancias actuales de la ausencia, con intención de aumentar la frecuencia de ejecuciones que sean incompatibles con la culpa.

Los aspectos pasivos de la conducta en el ejemplo anterior se refieren a la clase de control conductual ejercido sobre la persona por la estimulación aversiva. Un repertorio activo consiste de ejecuciones que terminan, alteran o escapan de la estimulación aversiva. En un repertorio pasivo, el estímulo aversivo produce evitación mágica o extendida o interrumpe el repertorio vigente con sus sub-productos aversivos.

LA FRECUENCIA DE LA CONDUCTA DE LA PERSONA DEPRIMIDA ES EL DATO PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA TERAPIA

Ya que la concepción conductual de la depresión define las conductas de la persona deprimida funcionalmente y no topográficamente, el dato principal es la frecuencia. Enfocarse en la frecuencia y no en la topografía de la ejecución, probablemente sea la característica más importante de un análisis conductual.

Aunque una descripción del repertorio de una persona deprimida enfatiza actividades que no realiza, estos comportamientos ausentes son generalmente parte de su repertorio presente o potencial, pero ocurren con una frecuencia baja. En muchas ocasiones anteriores se ha vestido, viajado a su trabajo, completado su trabajo y se ha involucrado en diversas ejecuciones reforzadas por sus efectos interpersonales. El problema reside en que las condiciones actuales no dan soporte a las actividades de las que él es potencialmente capaz. Una descripción topográfica del repertorio de la persona deprimida no distingue éste del de una persona normal. Casi cualquier conducta observada en la persona deprimida puede ser vista, en un momento o en otro, en la persona no deprimida. La persona deprimida se distingue de alguien que no esté deprimido por la frecuencia relativa de esas ejecuciones en el total del repertorio. Muchas personas, en un momento o en otro, mientras miran tranquilamente por la ventana, dicen "Esto es algo pesado de hacer". Pueden estar, a veces, sintiéndose tristes, infelices o rechazados o pierden el interés en

alguna actividad. En cualquiera de estos casos puede que no sea posible distinguir entre ellos y una persona deprimida patológicamente.

Los Procesos Conductuales Básicos que Contribuyen o Reducen la Frecuencia de la Conducta

Ya que el común denominador entre las personas deprimidas es la frecuencia reducida de muy diversos tipos de actividad positivamente reforzada, no podemos esperar que haya una sola causa de la depresión o un solo proceso psicológico subyacente, ya que el comportamiento es el producto de muchos procesos psicológicos. Si empleamos la analogía de la genética, la variable dependiente de la depresión (la frecuencia) es un fenotipo que puede ser causado por una diversidad de condiciones ambientales (genotipos). Cuando hayamos comprendido todos los procesos que pueden reducir la cantidad de conducta positivamente reforzada, podremos empezar a identificar cómo es que el ambiente físico y social de la persona proporciona las condiciones responsables de ellos. Aunque se discute mucho sobre qué tanto la depresión es causada por factores endógenos (como hormonas y neuroquímicos) y qué tanto por factores ambientales (conflictos internos y pérdidas inesperadas) (Beck, 1967, p. 65), el propósito del análisis conductual se satisface mejor evitando esta distinción. Cualquiera que sea el sustrato fisiológico del repertorio de la persona deprimida, aún necesitaríamos conocer las relaciones funcionales entre su conducta y el ambiente, que lo promueven, moldean y mantienen.

En términos generales, los procesos conductuales caen en tres categorías: (a) el reforzamiento de la conducta que explica su origen y causa; (b) su mantenimiento continuo a pesar del reforzamiento infrecuente e incierto (intermitente); y (c) su control selectivo por aquellos aspectos del ambiente físico y social que señalan la ocasión en que se puede ser reforzado.

UN REPERTORIO OBSERVACIONAL LIMITADO CONDUCE A UNA BAJA FRECUENCIA DE REFORZAMIENTO POSITIVO

Frecuentemente los repertorios depresivos se describen clínicamente con categorías como: distorsionado, incompleto y con una visión equivocada del ambiente. Se les considera como alucinaciones y delirios, distorsiones de la imagen corporal y de la apariencia física, distorsiones de la competencia de la persona deprimida, exageración en los errores, completa inhabilidad para evaluar la forma en que otras personas nos ven, la tendencia a sentir culpa por lo que no hemos hecho y una limitada visión de esperanza en el mundo. Conductualmente, tal descripción también alude a una baja frecuencia de reforzamiento positivo ya que mucho de la actividad de la persona deprimida ocurre de manera tan inapropiada que no puede ser reforzada. Si cada acto de la persona ocurriera bajo circunstancias en las que resultara efectivo, el reforzamiento estaría maximizado. Al revés, si una persona no puede observar su ambiente cuidadosamente (es decir, el ambiente no controla sus ejecuciones que lo puedan activar), mucho de su comportamiento será ineficiente y no será reforzado, consecuentemente esto contribuirá sustancialmente a la depresión. Hay tres aspectos del repertorio del paciente, desde un punto de vista clínico, inciden

en el análisis conductual técnico: El paciente (a) posee una visión limitada del mundo, (b) una imagen 'despreciable del mundo', y (c) una visión inalterable del mundo (Chodoff, 1973).

Una visión limitada del mundo, se refiere al control diferencial del ambiente social y físico. Las conductas de los pacientes no son apropiadas ante las circunstancias cambiantes del ambiente externo. Así, por ejemplo, una persona puede hacer pucheros, quejarse o hacer rabietas en circunstancias donde tendría que interactuar bajo lineamientos si necesitara asistencia. No podemos suponer que la persona deprimida se percata de muchas de las características del mundo social que le rodea. La expresión de William James "maldita, floreciente confusión", podría ser la mejor caracterización de la visión del mundo que tiene una persona deprimida.

Una imagen despreciable del mundo, describe las consecuencias aversivas de no evitar las situaciones molestas, quizá por no poder ver claramente el ambiente. Una condición aversiva puede ser la inhabilidad de poder comportarse apropiadamente en un ambiente en particular. Otra podría ser la falta de repertorio con el cual actuar eficiente y positivamente, sin provocar ser castigado por tratar mal a otros.

Una visión inalterable del mundo, parece referirse a los procesos, probablemente surgidos de la historia de desarrollo de la persona, que impiden la exploración normal del ambiente, así como la clarificación y expansión del repertorio que surge de tal exploración. Estas limitaciones del desarrollo resultan semejantes a la fijación del desarrollo de la personalidad de la que habla el psicoanálisis. Conductualmente se podrían describir como factores que bloquean el desarrollo acumulativo del repertorio conductual.

A pesar de lo inútil de estas descripciones clínicas mentalistas del repertorio observacional de las personas deprimidas, hay diversas ventajas en un enfoque conductual de los mismos eventos y circunstancias. Un análisis conductual requiere que uno hable sobre cómo es que el ambiente promueve y a veces controla la actividad de las personas y no de la forma acostumbrada de hablar sobre la percepción interna y externa del mundo. A pesar de todo, los eventos que influyen a la persona son los mismos, tanto en la descripción clínica como en la conductual y debemos hablar de ellos. La descripción conductual resulta más útil que la mentalista, ya que tiene detalles más objetivos de cómo una persona viene a actuar distintivamente ante las diversas características de su ambiente interno y externo. Una visión objetiva de las interacciones clínicas puede posibilitar procedimientos con un mayor componente racional.

FACTORES QUE BLOQUEAN EL DESARROLLO ACUMULADO DEL REPERTORIO CONDUCTUAL

Idealmente, el crecimiento normal y el desarrollo representan una aproximación continua hacia un repertorio complejo. Podría haber un problema en el desarrollo, cuando las contingencias de reforzamiento no son consistentes con la conducta actualmente emitida por la persona. Esta falla se hace más grande debido a que la falta de contacto con el ambiente actual reduce la frecuencia de la conducta e impide el consecuente desarrollo del repertorio. Los ejemplos de un desarrollo detenido son más prominentes durante la infancia y la niñez temprana, ya que estos son los momentos en que el repertorio de los niños crece rápidamente en complejidad, incluso en acciones tan comunes como el comer. En el proceso normal de alimentación, ya sea con el pecho o con la mamila, el bebé se involucra en un intercambio activo con la madre. Momento a

momento las actividades del niño son exitosas o no, conforme cambian las condiciones. La conducta que satisface exitosamente las características de la madre y los aspectos relevantes del ambiente físico, produce contacto físico y alimento, que a su vez aumenta la competencia del bebé. El ajuste entre el niño y la madre es tomado prácticamente como un dispositivo de enseñanza a partir del cual evoluciona la visión del bebé, tanto de la madre como del ambiente físico. El ver que el pezón se aproxima, por ejemplo, se vuelve la ocasión que promueve en el niño que éste abra su boca como resultado de su anterior actividad con él... Aún el acto más simple, como cuando el niño mueve sus dedos a lo largo del brazo de la mamá o cuando toca su sábana, queda sujeto al mismo tipo de reforzamiento diferencial. Las características visuales de su sábana o del brazo de la mamá, vienen a controlar el momento del contacto entre la mano y la sábana o la piel. La reacción diferencial de la mamá, como la manera en que ella actúa en respuesta, distingue posteriormente las ocasiones en las que el niño actuará hacia la madre y aumenta la capacidad perceptual del niño.

PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO

El programa de reforzamiento es un factor importante que determina la frecuencia con la que ocurre una conducta reforzada. Las ejecuciones que ocurren de manera estable cuando se refuerzan frecuentemente, se debilitarán bajo un reforzamiento intermitente. No solo el reforzamiento intermitente, en general, reduce la cantidad de conducta generada por el reforzamiento, sino que el tipo de intermitencia influirá en la frecuencia con la que ocurre un acto.

Los programas de reforzamiento que requieren de grandes cantidades de conducta para producir un cambio relevante en el ambiente (ejem., los programas FR) son los que resultan más susceptibles de perderse. Muchas de las actividades laborales son de este tipo. Para llenar un hoyo se requiere un número relativamente fijo de palas de tierra. El factor crítico es la cantidad grande y fija de actividad requerida para cada reforzamiento. Telefonarle a una gran cantidad de personas antes de hacer una venta, estudiar todo el semestre para un examen final, elaborar un documento final, escribir una novela, persuadir a alguien, efectuar un experimento que requiere de procedimientos tardados y difíciles sin ver el éxito antes de terminarlo, manejar un encuentro terapéutico difícil que produce pequeños indicadores de progreso y las labores rutinarias en el hogar, todos son ejemplos de programas de reforzamiento que podrían potencialmente debilitar severamente la conducta. El resultado se ve frecuentemente en forma de la abulia del novelista, por ejemplo, que lo lleva a largos periodos sin trabajar... La enorme influencia de tales programas de reforzamiento se ve en experimentos con animales en los que, por ejemplo, un pichón picotea por alimento en un programa que le requiere de un número fijo de picoteos por reforzamiento y este podría morir de inanición si no pica suficientemente para producir la comida. Aunque, el mismo pájaro, ahora bajo un programa de reforzamiento variable, mantendrá estable su actividad a pesar que la comida que recibe no satisfaga sus requerimientos nutricionales.

Resulta tentador especular que este programa de reforzamiento en particular ejemplifica la parte media de la vida, cuando muchas personas se establecen en una rutina en la que hay una cantidad estable de trabajo, que contrasta con la variabilidad en la calidad y la cantidad de trabajo que ocurre cuando se prepara en una carrera o asciende profesionalmente. Quizá sea relevante

aquí el fenómeno clásico del profesional, muy exitoso en su trabajo, quien luego de lograr sobresalir, cae en una profunda depresión. La persona en ascenso que se esfuerza, es aquella cuyos programas de reforzamiento son variables, algunas veces requieren grandes cantidades de actividad para ser reforzado y en otras, poco trabajo. En estos programas de reforzamiento variables resulta menos probable la producción de bajas frecuencias de conducta, comparados con los programas asociados con una situación de trabajo estable, en los que día a día hay una cantidad constante de actividad.

CAMBIOS EN EL AMBIENTE

¿Dónde se encuentra la conducta del organismo cuando este no la emite? ¿Dónde está el reflejo patelar cuando no se le provoca? ¿Dónde están los recuerdos de un amigo cercano cuando se encuentra ausente? Desde un punto de vista conductual, están en el repertorio, como acciones potenciales que pueden ocurrir en un momento bajo ciertas circunstancias, como una actividad subconsciente o suprimida. Sin embargo, la disposición cambiante de nuestras actividades potenciales no se limita a actividades subconscientes o suprimidas. Las actividades cotidianas ocurren apropiadamente ante las circunstancias donde han sido y pueden ser reforzadas. Un lugar improbable o un ambiente poco familiar generarán pensamientos muy diferentes en contraste con ambientes conocidos. Cambios bruscos e inesperados en el ambiente, como la muerte de una compañía cercana, pueden provocar la pérdida de comportamiento. Incluso, es posible pensar en cambios súbitos que pudieran virtualmente desnudar a un individuo de todo su repertorio, como, por ejemplo, la muerte de una compañía cercana de una solterona aislada. La reclusión en su vida produce una situación en la que todo su comportamiento queda cercanamente bajo el control de su compañía, cuya muerte inesperada quita el sostén (reforzadores) para virtualmente toda su actividad.

Una historia de caso con un niño autista ilustra el mismo proceso. La mamá casi psicótica de una niña de 4 años contrata a una niñera jovencita para que cuide a su hija casi un año. Aunque la mamá permaneció en la casa durante todo el año, en ese tiempo la niñera cuidó a la niña, ella abdicó al control en la niñera completamente, sin hacer literalmente nada con la niña. Por ejemplo, si la niña decía “Mamá, ¿me das una galleta?”, no obtenía respuesta; si decía “Janet (la niñera), ¿me das una galleta?”, Janet decía sí y le daba la galleta a la niña. Si la niña decía “Vamos afuera”, la madre no contestaba. Janet, por el otro lado, podía decir “Bueno pues” y llevar a la niña afuera. Semejantes interacciones son funcionalmente idénticas al experimento estándar con el pichón, donde éste produce comida picando un botón iluminado. Cuando el reforzamiento depende del color que ilumina al botón, el picoteo del pichón cae bajo el control de los colores, mientras se retiene el reforzador en un caso y se permite que ocurra en el otro. Cuando el botón es rojo, los picoteos no producen comida y estos reducen su frecuencia. El picoteo continua ante el color verde ya que estos siguen produciendo comida. Semejante control de la conducta del pájaro por el ambiente hace posible la alternación del repertorio rápidamente ante un simple cambio de color en la luz tras el botón. La mamá y la niñera pueden hacerse análogas con el botón rojo y verde del experimento con pichones. La presencia de la niñera (luz verde), define la ocasión en la que cualquier tipo de solicitud verbal o interacción no verbal tienen un efecto normal.

Cuando la niñera deja a la niña sola con su mamá al final del año, ocurre una pérdida de casi todo el repertorio de la niña. Esta se vuelve incontinente, ya no puede ir a la guardería y pierde todo su lenguaje. Hay un paralelismo semejante entre la conducta de la solterona y el control basado en la presencia de su acompañante.

Los procesos normales de crecimiento y desarrollo, particularmente durante la edad adulta, ocurren durante un tiempo en el que ocurren similares e importantes cambios en la vida, que requieren de correspondientes cambios en el repertorio de la persona. Los cambios físicos asociados con la edad y el desarrollo normal, pueden tener una influencia mayor sobre el tipo de reforzamiento positivo que es posible obtener. Los cambios hormonales y los cambios asociados en la cantidad de actividad sexual, son un área importante de cambio. Otra área de cambio radica en la capacidad física para trabajar. Aún las conductas reforzadas mediante la ingestión de alimento se vuelven menos disponibles como actividad reforzante ya que el disminuir la actividad física reduce los requerimientos metabólicos de la mayoría de la gente adulta. Irónicamente, una persona que ha trabajado por años para lograr bonhomía y riqueza, tiene que omitir alimentos tentadores que lo llevarían a la obesidad. Incluso interacciones sociales importantes, que en muchas culturas rodean la comida y la alimentación, se tornan estresantes o menos frecuentes debido a que hay que limitarse en la ingestión de nutrientes, debido a alguna enfermedad o necesidad metabólica disminuida. Las enfermedades y otro tipo de incapacidades físicas pueden reducir el cambio de ejecuciones, que de otra manera serían posibles, en la edad adulta o en la persona anciana.

La jubilación puede imponer un cambio muy drástico en el ambiente de la persona anciana, opuesto al problema que enfrentaría un adolescente. Así como el adolescente encara un mundo complejo para el que no tiene todavía el repertorio adecuado, la persona añosa también se encuentra con un ambiente nuevo para el que necesita un repertorio enteramente nuevo que le permita obtener reforzamiento. Actividades como leer, participar en un club o en la política, así como actividades de recreación, necesitan de una historia previa especial antes de que puedan mantenerse por sí mismas. La intensiva especialización de algunas personas en una ocupación en particular puede generar un repertorio igualmente diferente, como para hacer contacto con las posibilidades que deja el ambiente de la jubilación. Una transición exitosa depende de si la persona jubilada posee el repertorio suficiente para hacer contacto con este ambiente. El problema es doblemente complejo debido a lo brusco de la transición.

LA IRA COMO UN FACTOR EN LA DEPRESIÓN

La ira, una referencia frecuente en las descripciones clínicas, donde generalmente se afirma que contribuye a la depresión como un sub-producto de su frecuente y severo castigo por parte de los padres y otras personas. Para comprender conductualmente cómo el castigo de la ira puede ser un factor importante en la depresión, primero necesitamos describir a la ira como una ejecución operante que tiene un gran impacto en otra persona y, segundo, comprender los procesos mediante los cuales el castigo reduce la frecuencia del acto castigado.

Los actos de ira o de agresividad se definen como una clase de ejecuciones, identificadas no por su topografía sino por la forma en que influyen sobre otra persona. Coloquialmente, el

término *agresivo* puede referirse tanto al efecto vigoroso y pronunciado de una ejecución o a la lesión que produce. Los ejemplos clínicos tienden a referirse a actos que tienen las dos propiedades al mismo tiempo. Los actos agresivos frecuentemente se “matizan” ya que una agresión “descarada” produciría una reacción aversiva enorme. El sarcasmo es un ejemplo de este matiz; el humor agresivo es otro...

Como los actos agresivos son aversivos para los otros, su castigo es más una regla que una excepción. La psicología experimental contribuye a nuestro entendimiento de este problema al darnos a conocer las características de este proceso. Hay cierta disputa en la literatura psicológica sobre si el castigo puede reducir directamente la frecuencia del acto castigado, como en una resta algebraica (Azrin & Holz, 1966) o si la frecuencia reducida es *siempre* una supresión temporal. En lo que esta discusión se resuelve, queda claro que los actos castigados frecuentemente son suprimidos más que eliminados del repertorio de una persona...

La consecuencia de tal supresión puede no ser seria si se limitara a un acto específico, pero la situación más probable es que se supriman una clase genérica de conductas, entre las que el acto particular es un ejemplo...

...La represión de la conducta castigada parece ser un serio contribuyente potencial para la depresión pues compromete una gran parte del repertorio conductual de una persona con actividades que no producen reforzamiento positivo.

LA IRA SUPRIMIDA IMPLICA PÉRDIDA DE IMPORTANTES REFORZADORES SOCIALES

Ya que la ira y los actos agresivos lastiman a la persona que los recibe, un sub-producto importante es la pérdida de reforzadores. Hay una obvia incompatibilidad entre el actuar para herir a alguien y esperar que este proporcione eventos positivos en una interacción social. La depresión también aísla funcionalmente a la persona de la vigorosa contra reacción que es probable que provoque. Las formas fantasiosas y reprimidas de ira tienen menos probabilidad de ser castigadas, comparadas con su expresión abierta. Es probable que la experiencia usual sea una contra agresión, además de la pérdida de reforzadores. Es fácil hacer conjeturas sobre la historia de desarrollo infantil, en la que un padre se retira significativamente de un niño, quizá debido a la agresividad de este. El efecto sobre el niño se exagera debido a que la retirada de los reforzadores puede aumentar la emocionalidad y la ira del niño, llevándolo a instancias futuras de pérdida de la atención y el afecto de sus padres.

La ira automáticamente tiene algunas propiedades de un “time out”, un término técnico conductual que describe una ocasión específica durante la cual se discontinúa el reforzamiento. Sin duda las experiencias cotidianas nos proporcionan diversas instancias que demuestran y refuerzan la incompatibilidad de estar enojado con alguien y esperar interacciones positivas que continúen con la normalidad.

El impacto emocional de la ira y su contribución con la depresión, también puede aumentar pues viene a funcionar como una “estimulación pre-aversiva” (en este caso precediendo la pérdida de reforzamiento positivo). Tal estimulación pre-aversiva, en experimentos animales clásicos, reduce marcadamente la frecuencia de la conducta operante. Hay muchas razones para

esperar que los mismos procesos funcionen en el comportamiento humano bajo condiciones comparables.

Implicaciones del Análisis Conductual para la Terapia y la Investigación

LA INTERACCIÓN VERBAL CON UN TERAPEUTA PUEDE AUMENTAR LA FRECUENCIA DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE EN OTRO LUGAR

Aún cuando la terapia tradicional fundamentalmente involucra el hablar y escuchar entre diversas personas, un análisis funcional de la interacción sugiere que un repertorio verbal aumentado desarrollado con el terapeuta puede aumentar la frecuencia de reforzamiento positivo en otros escenarios. Este aumento puede ocurrir debido a que un incremento general en la actividad verbal es una forma de lograr una visión exacta de cómo trabaja el ambiente. Una visión exacta de la forma en que opera el ambiente puede señalar la conducta para aquellas ocasiones en las que podría ser efectiva y prevenir otras que podrían provocar problemas al ocurrir en ocasiones inapropiadas. El proceso se aclara conductualmente debido al énfasis en una ejecución cuyo reforzamiento ocurre en una ocasión y no en otra.

Probablemente la forma más importante en que aprendemos a observar el ambiente consiste en hacer comentarios sobre él y describirlo verbalmente. De hecho, muchos tipos de distinciones, de importancia crítica para las funciones humanas pueden ocurrir solo verbalmente (Skinner, 1957, p. 109). La baja frecuencia de conducta verbal, otra que no sean quejas, es un impedimento serio para la mejoría de la persona deprimida, que tiene una visión del mundo limitada y distorsionada. Una persona que no habla con otras personas lo suficiente, no estará expuesta a la reacción diferencial que ocurre cuando las audiencias reaccionan de manera diferente. Mucho de lo que se conversa puede no ser reforzado cuando es inapropiado para una persona en particular, en cierto momento. Este reforzamiento intermitente, que es un sub producto inevitable de los procesos mediante los cuales el ambiente se diferencia en sus partes funcionales, también puede contribuir al debilitamiento de la conducta verbal. En resumen, una actividad verbal persistente es importante pues la observación del ambiente depende de una frecuencia suficientemente alta de interacción con él, de manera que el reforzamiento exitoso de la conducta en una ocasión y su no reforzamiento en otra, eventualmente la moldean para el ambiente en el que sería reforzada.

El lector se podría preguntar, por supuesto, qué es primero ¿la depresión en la que la persona no es exitosa por actuar sin relación a las circunstancias o el no tener suficiente actividad verbal, que podría servirle para descubrir las características del ambiente en el que la conducta verbal funciona? Obviamente estos aspectos están inexorablemente ligados. Si uno no se involucra activamente con el ambiente, no hay manera de distinguir sus diferentes partes y el reforzamiento de nuestras ejecuciones no sería confiable.

Teoría Conductual de la Depresión: el reforzamiento como variable mediadora entre la evitación y la depresión.

Carvalho J.P. & Hopko D.R.

J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. (2011), 42, 154-162

Traducción resumida de: Ps Jaime E Vargas M

Las teorías conductuales explican el desarrollo y la persistencia de los síntomas depresivos como resultado de una reducción en el reforzamiento ambiental, asociado a reducciones en el reforzamiento positivo de comportamientos saludables, el reforzamiento de conductas pasivas o depresivas y el castigo de comportamientos saludables (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; Martell, Addis & Jacobson, 2001). Las cogniciones y las conductas abiertas que sirven una función de evitación son consideradas como precursores críticos para la reducción de recompensas y reforzadores positivos, que predispone a las personas para deprimirse (Ferster, 1973; Martell et al, 2001). La evitación como constructo puede definirse como los intentos por prevenir, escapar o reducir el contacto con estímulos externos o internos subjetivamente aversivos o mínimamente reforzantes. Estos estímulos se pueden presentar de diferentes formas incluyendo pensamientos, conductas, emociones, recuerdos e interacciones sociales (Hayes et al, 1996; Ottenbreit & Dobson, 2004). La evitación excesiva ha sido implicada en diversos problemas socio emocionales, particularmente con la depresión y la ansiedad (Barlow, 2002). En la conceptualización conductual de la depresión, los comportamientos que pretenden escapar o evitar estímulos llevan a un patrón de pasividad y retiro que reduce la frecuencia de conductas positivamente reforzadas, lo que a su vez ocasiona, sostiene o empeora los síntomas depresivos. En otras palabras, hay una relación entre la evitación y la depresión que queda explicada con el rol mediador del reforzamiento positivo reducido... Sin embargo, este ya conocido modelo de la depresión ha recibido una mínima exploración empírica... no hay un estudio que directamente investigue el rol mediador propuesto para el reforzamiento. El presente reporte busca evaluar específicamente este modelo.

El modelo de la Terapia de Activación Conductual (BA) hace énfasis en el papel de la evitación. La evitación conductual y cognitiva de un ambiente potencialmente reforzante es considerada un aspecto crítico en la producción y el mantenimiento de la conducta depresiva caracterizada por la pasividad, el retiro y la inactividad. Un aspecto central del tratamiento es el reducir la conducta de escape y de evitación, así como la pasividad asociada, reconociendo el patrón de evitación e incrementando la participación en comportamientos alternativos saludables y reforzantes. Se le concede importancia no solo a la evitación conductual, sino también a la evitación cognitiva en forma de rumiación, que se hipotetiza que interfiere con la habilidad personal para conseguir reforzadores del ambiente (Martell et al, 2001). Es importante decir que la eficacia de la BA cuenta con apoyo empírico (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007; Dimidjian et al, 2006; Ekers, Richards & Gilbody, 2008; Mazzucheli, Kane & Rees, 2009; Sturmey, 2009).

Para los propósitos de este estudio y siendo consistente con las formulaciones de Ferster (1973) y Lewinsohn (1974), el reforzamiento positivo es conceptualizado como comportamiento incrementado que generalmente es función de respuestas reforzantes o placenteras y de librarse de la estimulación aversiva, que es un proceso que tiene efectos antidepresivos (Abreu & Santos, 2008).

Este estudio se propone examinar si una evaluación multi-método del reforzamiento positivo (e.g., auto-reporte, diario cotidiano) puede revelar que hay una variable mediadora significativa entre la evitación y la depresión.

METODO

Sujetos.- Se trabajó con 158 estudiantes de psicología hombres y mujeres, reclutados de la Universidad de Tennessee. Los estudiantes eran mayores de 18 años y participaban para ganar créditos.

Materiales.- Se utilizaron varias escalas: la Escala de Evitación cognitiva-Conductual (CBAS; Ottenbreit & Dobson, 2004), el Índice de Probabilidad de Reforzamiento (RPI; Carvalho et al, in press), el Inventario de Beck para Depresión (BDI-II; Beck et al, 1996) y el Inventario de Beck para la Ansiedad (BAI; Beck & Steer, 1993).

Procedimiento.- Los participantes se reunieron con los investigadores en dos sesiones. La primera duró aproximadamente 30 minutos y consistió en proporcionar su consentimiento informado y completar un cuestionario de datos demográficos, así como los cuestionarios de auto-reporte. Al final se les proporcionaron diarios de siete días para monitorear su actividad. A todos se les programó para regresar al laboratorio a la semana después de su sesión inicial. En esta segunda sesión, regresaron sus diarios completados y elaboraron sus nuevos auto-reportes por segunda vez. El tiempo promedio entre las dos sesiones fue de 7.71 días.

RESULTADOS

Se encontró que hombres y mujeres difieren en la severidad de sus síntomas depresivos y de ansiedad, de manera que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en ambos rasgos. De acuerdo con nuestra conceptualización de la depresión, los síntomas depresivos surgen cuando el reforzamiento positivo para conductas saludables decrece (Lewinsohn, 1974; Manos et al, 2010; Martell et al, 2001).

Al usar los diarios de actividad cotidiana y los índices de auto-reporte de recompensas ambientales, los resultados apoyan la hipótesis de que al aumentar la evitación cognitiva y conductual se da un mayor riesgo de depresión debida al decremento de los reforzadores. Como se predijo, la evitación cognitiva y conductual se relaciona positivamente con la severidad de la depresión, aunque en los sujetos aquí examinados la evitación estuvo más relacionada con la depresión que con la ansiedad.

Apéndice: TERAPIA BREVE DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Ps Jaime E Vargas M

Paso o Sesión	Temática	Producto
1	Recibir al paciente. Entrevista inicial. Historia Clínica. Diagnóstico de Depresión.	Expediente Clínico
2	Explicar al paciente y al familiar las bases y la lógica de la TAC y establecer compromiso	Otorgar panfleto
3	Aplicación de Cuestionarios como pre-test	Cuestionarios calificados
4	Explicar sistema de auto-registro conductual de sus episodios depresivos en casa	Otorgar protocolo
5	Analizar las contingencias E-R-SR- y E-R-SR+ que sostienen sus comportamientos depresivos	Protocolos revisados
6	Efectuar sesión con grupo familiar para establecer compromiso de no reforzar la conducta depresiva del paciente y sí reforzar su activación	Contrato Conductual firmado
7	Esclarecer Metas a corto, mediano y largo plazo, en la vida del paciente	Plan de Vida
8	Efectuar el análisis de tareas para alcanzar las metas inmediatas	Rutas críticas
9	Elaborar Programa Semanal de Actividades que incluya posibles repertorios 'cúspide' como: asistir a un gimnasio. Aprender a nadar, aprender a tocar un instrumento musical, aprender inglés, aprender computación, aprender a bailar, etc.	Hoja de rotafolio
10	Supervisar y adecuar los Programas Semanales de Actividades	Graficar los porcentajes de actividades reportadas como realizadas y los porcentajes subjetivos de mejoría
11	Aplicar Cuestionarios como Post-Test	Cuestionarios calificados
12	Otorgar Alta Temporal al paciente y programar sesiones de seguimiento	Citas agendadas

JEVM/2014