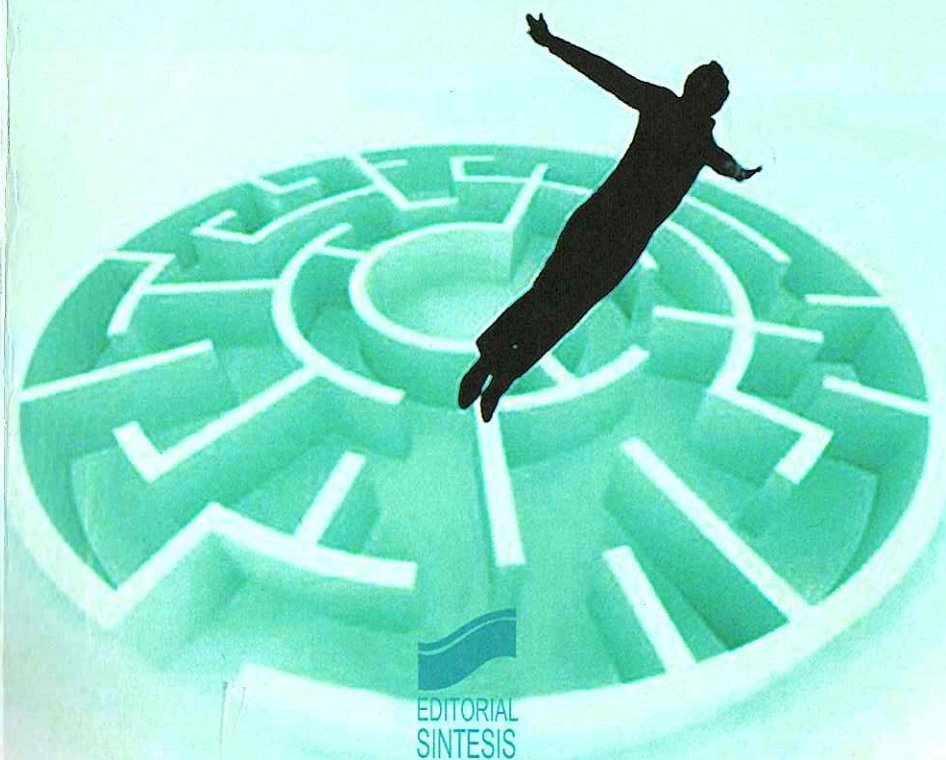


Jorge Barraca Mairal y Marino Pérez Álvarez

Activación Conductual

Para el tratamiento
de la depresión




EDITORIAL
SÍNTESIS

PROYECTO EDITORIAL:
TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Director
Marino Pérez



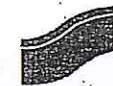
NO fotocopies el libro

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

ACTIVACION CONDUCTUAL

Para el tratamiento de la depresión

Jorge Barraca Mairal
Marino Pérez Álvarez



EDITORIAL
SINTESES

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Jorge Barraca Mairal
Marino Pérez Álvarez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-9077-200-3
Depósito Legal: M-29.734-2015

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Introducción 11

PARTE I:

El modelo teórico de la Activación Conductual

1. *Depresión y Ansiedad: la gran transformación* 15

1.1. La depresión y la ansiedad: categorías existenciales
antes que clínicas 16

1.2. Transformación de problemas de la vida
en trastornos clínicos 18

1.3. ¿Qué es la depresión? 22

**2. *La noción de situación: un modelo contextual
para la depresión*** 25

2.1. Más allá de la depresión endógena
y de la depresión reactiva 25

2.2. La depresión como situación: ni dentro ni fuera 27

2.3. La situación: un peculiar modo de relacionarse con el mundo	
2.3.1. Situación-límite	
2.3.2. De las constelaciones pre-melancólicas a la desesperación	
2.3.3. Estilo de personalidad	
2.3.4. Atmósfera emocional	
2.4. La noción de situación: cuando los intentos de solución son el problema	
2.5. Modelo presentado al cliente	

3. La Activación Conductual en el contexto de las terapias de tercera generación

3.1. Terapias psicológicas de probada eficacia en la depresión	
3.2. Calidad científica: parsimonia, facilidad y eficiencia	
3.3. Carácter transterapéutico: el principio de la acción	
3.4. Del sujeto pensante al sujeto operante	

PARTE II:

Aplicación de la Activación Conductual

4. Evaluación y Análisis Funcional en la Activación Conductual

4.1. El proceso de evaluación	
4.2. La entrevista clínica en la AC	
4.3. Registro de la actividad y monitorización del estado de ánimo	
4.4. Cuestionarios para la AC	
4.5. Registro de valores personales	
4.6. Análisis Funcional	

5. Habilidades clínicas en la Activación Conductual 77

5.1. Actitudes generales para la práctica clínica con pacientes deprimidos	78
5.2. Habilidades del terapeuta de la AC	80
5.2.1. Validación	80
5.2.2. Actitud colaborativa	81
5.2.3. Ausencia de prejuicios	82
5.2.4. Desarrollo de calidez y autenticidad	83
5.2.5. Capacidad para reforzar en sesión explicaciones o ejemplos de conductas adaptativas	83
5.3. Destrezas para tratar los problemas característicos de la situación depresiva	84
5.3.1. Directividad medida	84
5.3.2. Comunicación ajustada a la situación depresiva	85
5.3.3. Capacidad de motivación	86
5.4. Otros aspectos de las habilidades de la AC en casos particulares	87

6. Técnicas de intervención en la Activación Conductual

6.1. Programación y estructuración de actividades	90
6.1.1. Enfatizar la importancia de hacer	91
6.1.2. No creer que se está siendo un "timador". Planificar las actividades de acuerdo con un plan y con un estado de ánimo	92
6.1.3. Empezar poco a poco y graduar las actividades extensas de acuerdo con los pasos en que se pueden dividir	93
6.1.4. Concretar la frecuencia, duración, intensidad, los días y horas en que se llevarán a cabo las actividades, y otros detalles si es necesario	94
6.1.5. Iniciar la programación por actividades que pueden tener un reforzamiento más cercano, aunque también se planifiquen las que lo tendrán a la larga	95

6.1.6. Plantear las actividades en forma de continuo y no de "todo o nada".....	96
6.1.7. Apostar por las actividades que tendrán reforzamiento natural, aquellas asociadas a los valores del sujeto....	96
6.1.8. Elegir actividades variadas, de un amplio abanico...	97
6.1.9. Facilitar el trabajo a través de registros ya preparados con las actividades.....	98
6.1.10. Revisar siempre las tareas y conferirles la importancia que poseen.....	99
6.2. Extinción de las conductas de evitación	99
6.3. Reforzamiento positivo de las conductas antidepresivas....	102
6.4. Manejo del pensamiento rumiante: la atención a la experiencia.....	103
6.5. El entrenamiento en habilidades necesarias para la obtención de reforzadores	107
7. El proceso de intervención en la Activación Conductual	109
7.1. Líneas generales de la intervención con la AC	110
7.2. La estructura de las sesiones	111
7.3. El plan de intervención: incorporación de los procedimientos de la AC.....	113
7.3.1. Fase de evaluación	113
7.3.2. Fase de establecimiento de objetivos	115
7.3.3. Fase de intervención: incorporación de las técnicas de la AC.....	117
7.4. ACTIVATE: un acrónimo para sintetizar la puesta en práctica de toda la terapia	124
8. Dificultades comunes en la puesta en práctica de la Activación Conductual	127
8.1. Estrategias generales de la AC ante la aparición de dificultades.....	128

8.2. Dudas específicas del cliente con el acercamiento terapéutico de la AC	130
8.3. Soluciones ante dificultades comunes en la aplicación de la AC.....	134
8.3.1. Problemas por la falta de comprensión de la actividad programada	134
8.3.2. Problemas derivados del déficit de habilidades.....	134
8.3.3. Problemas a la hora de graduar las tareas	135
8.3.4. Problemas a la hora de trabajar con los valores del cliente.....	136
8.3.5. Problemas por la ausencia del registro de la actividad, estar incompleto o sin datos del humor o la emoción	137
8.3.6. Problemas por la ausencia de señales de aviso	138
8.3.7. Problemas con el manejo de contingencias.....	138
8.3.8. Problemas con las conductas condicionadas clásicamente.....	139
8.3.9. Problemas con otras reacciones emocionales y pensamientos que interfieren con la activación	139
8.3.10. Problemas con el hecho de programar actividades y sentirse controlado	140
8.3.11. Dudas respecto a la veracidad del registro.....	140
8.3.12. Problemas por la interferencia de la medicación	141
9. Finalización de la terapia y prevención de recaídas en la Activación Conductual	143
9.1. Finalización y cierre adecuado de la terapia	144
9.2. La generalización de los aprendizajes de la AC	146
9.3. El listado de conductas antidepresivas	148
9.4. Identificar y prepararse para las situaciones de alto riesgo.....	148
9.5. Sesiones de refuerzo	149
9.6. La práctica del mindfulness.....	150

10. Variantes en la aplicación de la Activación Conductual	153
10.1. Aplicación de la AC en los cuadros de depresión y ansiedad.....	154
10.2. La AC en cuadros relacionados con la depresión: la distimia y el trastorno bipolar.....	157
10.3. Aplicación de la AC en casos con cáncer y dolor crónico...	158
10.4. La AC aplicada a personas con otros problemas comportamentales.....	160
10.5. Variantes en la aplicación de la AC.....	164
10.5.1. Las aplicaciones en formato grupal.....	165
10.5.2. Las aplicaciones con adolescentes	165
10.5.3. Las aplicaciones en personas mayores.....	166
10.5.4. Las aplicaciones para personas con niveles intelectuales o culturales bajos, distintas etnias o marcos culturales y analfabetismo funcional	166
 <i>Bibliografía</i>	 169

Introducción

La depresión se considera hoy en día la epidemia del Siglo XXI. Se presentan estadísticas de la Organización Mundial de Salud y de otros organismos para evidenciar su imparable ascenso, se mencionan las bajas laborales debidas a su causa, se muestran estadísticas sobre su presencia en las consultas de Atención Primaria, se esgrime como demostración el aún más espectacular incremento en el consumo de antidepresivos. No es solo una epidemia, no es cualquier epidemia: es una pandemia. Pero este enfoque de un problema que, sin lugar a dudas, azota a la sociedad actual ahonda en una visión morbosa de la depresión, en el sentido de mostrarla como una enfermedad más, ante el que las instituciones médicas internacionales, la industria farmacéutica, los recursos sanitarios de los Estados de se ven desbordados, incapaces de poner freno.

En este libro la depresión se concibe de otra manera: no como una enfermedad al uso, sino como un problema vital o existencial. La Activación Conductual es una terapia para la depresión, pero no es igual que otras, pues, además de desarrollar unas estrategias para su tratamiento —por lo demás tan eficaces como las más contrastadas empíricamente—, presenta un modelo explicativo de su origen y mantenimiento no patologizante, sino coherente con la forma de actuar natural o esperable, dado un determinado contexto vital. Desde este enfoque, es lógico que las intervenciones puramente médicas (o las psicológicas que la vean como una enfermedad) no lleguen a resolver el problema de la depresión, no sean capaces de detener su progresión, pues están errando respecto a su naturaleza última y, en consecuencia, con la forma de abordarla.

En las páginas que siguen se encontrará detallada tanto una conceptualización de la depresión consistente con la Activación Conductual como la intervención que ha desarrollado para resolverla. Puede que, a día de hoy, sorprenda que un texto destinado a orientar a los terapeutas que

tratan a estos clientes comience con una exposición con más filósofos que neurocientíficos, pero nuestro punto de vista es que solo con una explicación o justificación de determinados principios fenomenológicos-existenciales es posible proporcionar un acercamiento con el marco comprensivo y el contexto general que exige esta situación vital. Es verdad que, a partir del capítulo cuarto, el libro adquiere un carácter más centrado en práctica psicológica-clínica convencional –evaluación, habilidades terapéuticas, técnicas de intervención, protocolo de tratamiento, finalización de la terapia y prevención de recaídas–, pero el diseño de esta intervención y su lógica se derivan de la conceptualización presentada en los tres primeros. Esta parte práctica se complementa con anexos que se podrán descargar desde la página web de la editorial (www.sintesis.com).

Tenemos confianza en que este libro ayudará a los profesionales a realizar una buena práctica, pues no solo les dotará de herramientas y planes de actuación de probada eficacia de acuerdo con los estándares más rigurosos de la actualidad, sino que también, y fundamentalmente, les facilitará entender a la persona sumida en la depresión, les proporcionará una comprensión humana y amplia y les dotará de un punto de vista del nivel propio y exclusivo para el psicólogo, no subordinado al médico o biológico sino, por el contrario, por encima de este y su reduccionismo.

PARTE I

El modelo teórico de la Activación Conductual

1

Depresión y Ansiedad: la gran transformación

La gran transformación se refiere a cómo condiciones existenciales ligadas a problemas de la vida, como serían en nuestra perspectiva la depresión y la ansiedad, se convierten en trastornos psiquiátricos o psicológicos como si fueran entidades naturales o enfermedades. Sin negar que la depresión y la ansiedad sean problemas psicológicos, la cuestión que se plantea es cómo llegan a serlo y de dónde vienen. Frente a consideraciones al uso que dan por hecho alguna "avería" en mecanismos o circuitos internos (neurobiológicos, cognitivos o psicodinámicos), los problemas clínicos de depresión y ansiedad se sitúan aquí en relación con condiciones existenciales, seguramente exacerbadas en el mundo contemporáneo. No es una casualidad que la depresión y la ansiedad antes de ser categorías clínicas hayan sido puestas de relieve por filósofos existenciales (Kierkegaard, Heidegger, Sartre).

La reelaboración clínica de los "acercamientos" filosóficos no ha de verse necesariamente como un avance científico. Sin negar los desarrollos al respecto de la psicología y la psiquiatría y sin dejar de reconocer también que el enfoque clínico es su modo de abordaje en nuestra época, lo cierto es igualmente que la depresión y la ansiedad agradecen un "toque" filosófico existencial. Sería interesante plantear la transformación de problemas existenciales en problemas clínicos, siquiera sirva para pensar con más altura o profundidad los problemas psicológicos. El enfoque clínico a menudo no se compadece *con* la naturaleza del problema ni tampoco se compadece *de* la persona que lo padece, cuando convierte el problema en una categoría abstracta, *abstraída* del mundo vivido, como

Esta transformación tienen tres escalas: histórica-cultural, científica-institucional y personal-experiencial. Dentro de la escala histórica destaca la época de la ansiedad y su "mutación" en la era de la depresión como problemas prevalentes al hilo de la medicación de turno. La científica tiene que ver con el papel de las propias disciplinas que estudian los fenómenos clínicos en la configuración de los mismos. La personal plantea la cuestión de cómo y cuándo la depresión y la ansiedad llegan a ser un trastorno psicológico.

Además de la transformación de problemas existenciales, en problemas clínicos surge otra gran cuestión en el contexto de un enfoque terapéutico como el presente, que se precia de ser transdiagnóstico, tratando de superar las categorías diagnósticas. Cómo es que habla entonces de depresión y ansiedad: categorías diagnósticas donde las haya. Las dos cuestiones (transformación y categorías clínicas) se abordan en este capítulo.

1.1. La depresión y la ansiedad: categorías existenciales antes que clínicas

La depresión, junto con la ansiedad, es uno de los problemas más comunes por el que la gente busca ayuda clínica. No es de extrañar que sea el diagnóstico más frecuente, compartido a menudo con la ansiedad. Así mismo, la depresión y la ansiedad forman parte de otros problemas clínicos. A veces se consulta por lo que parece de primeras depresión o ansiedad y se termina con otro diagnóstico. Por su parte, cualquier otro problema psicológico no deja de implicar en algún momento depresión o ansiedad, como ocurre igualmente en una enfermedad médica. ¿Es entonces la depresión una dimensión transversal que recorre los distintos diagnósticos y otras veces se convierte ella misma en el diagnóstico principal?

Dado este planteamiento, se diría que la depresión no es una mera dimensión transdiagnóstica de las que se anda buscando, ni tampoco un diagnóstico más cualquiera que careciera de validez. Lo mismo se diría de la ansiedad. Lo que habría que ver a este respecto es que la depresión y la ansiedad son *condiciones existenciales* que ponen de relieve problemas de la vida antes que *condiciones clínicas* que merecieran o reunieran los criterios de un diagnóstico. Estas condiciones existenciales se refieren a ciertas *situaciones-límite* que suponen un resquebrajamiento del mundo. El mundo de uno, por las razones que sea, se ofrece menos confortable, segu-

ro o prometedor y tal vez desolador, inhóspito o amenazador. La depresión y la ansiedad cada una a su manera son experiencias reveladoras de algo que anda mal en nuestra vida.

Pero, por el hecho de que sean *problemas* de la vida no son problemas *psicológicos* o *psiquiátricos*. Y llegados a *problemas psicológicos*, no por ello son enfermedades. Ni los problemas de la vida son necesariamente *problemas psicológicos*, ni estos, llegado el caso, son enfermedades.

No está de más tener presente que la depresión y la ansiedad aparecen antes en la filosofía existencial que en la psiquiatría y psicología clínica. Ambas representan conceptos fundamentales en la filosofía de Heidegger: la ansiedad bajo el concepto de angustia (*Ser y tiempo*, 1927) y la depresión bajo el concepto de aburrimiento (*Los conceptos fundamentales de la metafísica. Mundo, finitud, soledad*, 1929-30). Tanto la angustia como el aburrimiento son experiencias y conceptos reveladores de la verdadera condición del ser humano como ser-ahí: expuesto a las contingencias de la vida y abocado a la muerte, al descubierto cuando las seguridades que habitualmente mantienen a uno en su confortable y anodino estar en el mundo fallan. La angustia y el aburrimiento son ante todo *estados de ánimo* (fundamentales en la filosofía heideggeriana) que revelan nuestro modo de estar-en-el-mundo: en este caso poniendo al descubierto verdades de la condición humana tanto a nivel ontológico (metafísico) como óptico personal. Como experiencias de la vida y sentimientos existenciales son "síntomas" de cómo le van a uno las cosas en la vida y del *cuidado* que se ha de *pro-curar* (no síntomas de "averías" de la maquinaria cerebral o mental).

La ansiedad y la depresión como asuntos existenciales entran en la filosofía un siglo antes de Heidegger, con Kierkegaard. Baste recordar su obra: *El concepto de la angustia* (1844), donde Kierkegaard cifra la angustia como "vértigo de la libertad" a falta de algo a lo que "agarrarse" en su caso la fe en Dios. Por su parte, la cuestión de la depresión se encuentra en su obra *La enfermedad mortal* (1849), donde Kierkegaard habla de la *desesperación*. Como asuntos filosóficos la ansiedad y la depresión todavía continuarían en el siglo XX con *La náusea* (1938), de Sartre, que bien pudo titularse como el propio autor tenía previsto "melancolía". La contingencia de la vida empezando por la gratuidad de nuestra existencia produce náusea y melancolía. Por su lado, Camus calificaba, en 1946, al siglo XX como el siglo del miedo. El cuadro 1.1 presenta el mapa de las categorías existenciales o problemas de la vida como antecedentes de las clínicas.

Cuadro 1.1. Mapa de categorías existenciales antecesoras de las clínicas

	Categorías existenciales			Categorías clínicas
	Kierkegaard	Heidegger	Sartre	
Problemas de la vida	Angustia, vértigo de la libertad	Angustia, ser-ahí, al descubierto	Nausea, contingencia	Enfoques clínicos Ansiedad
	Desesperación, estancamiento	Aburrimiento, Taedium vitae	"Melancolía", contingencia	Depresión

1.2. Transformación de problemas de la vida en trastornos clínicos

La cuestión se remite entonces a qué convierte un problema de la vida en un problema psicológico: cómo la tristeza, la pena, el aburrimiento o la melancolía llegan a constituir toda una depresión clínica como para requerir y necesitar una ayuda profesional. Y, en su caso, sería lo mismo en relación con la ansiedad: qué convierte la ansiedad cotidiana más o menos "llevadera" en todo un problema clínico. El paso de una problemática existencial, antropológico-filosófica, a una clínica, psicológica o psiquiátrica tiene varios niveles y escalas: histórico-cultural, científico-institucional y psicológica experiencial.

El nivel a la escala histórico-cultural se refiere al creciente proceso de individualización y subjetividad que se hace más notable a partir del siglo XIX, con el cambio de la comunidad a la sociedad de los individuos, las nuevas formas de vida urbana-anónimas, la industrialización con un trabajo alienante, la secularización sin firmezas religiosas y la intensificación de la subjetividad de un "yo" cada vez más auto-reflexivo.

El nivel a la escala científico-institucional se refiere al surgimiento de las ciencias sociales en el siglo XIX, como respuesta a la nueva problemática del funcionamiento y ordenamiento social apuntado. Entre estas ciencias destacan, además de la sociología y la estadística (como ciencia del Estado), la psicología y la psiquiatría. La psiquiatría como peculiar especialidad médica tiene su razón de ser más en relación con el orden o "desorden" social que con supuestas bases orgánicas de desordenes mentales. Una característica de las ciencias sociales es que sus

conocimientos (estadísticas, clasificaciones, categorías, "diagnósticos", hallazgos experimentales) se incorporan al acervo de la propia sociedad como reflexividad añadida a la reflexividad ordinaria, reobrando sobre los mismos fenómenos estudiados. Así, la clasificación de los individuos afecta a los propios individuos clasificados y a la percepción que los demás tienen de ellos, alterando la realidad inicial. A diferencia de las entidades naturales ahí dadas, fijas e indiferentes a las clasificaciones, las entidades humanas referidas a personas son interactivas, susceptibles de ser influidas por los conocimientos que se tienen de ellas. Se puede dar así una especie de bucle entre el conocimiento científico y las personas a las que concierne ese conocimiento: no indiferentes ni fijas (Hacking, 1995).

La reflexividad científica constituye una reflexividad institucional, no solo por formar parte de las ciencias como instituciones, sino al incorporarse a las instituciones administrativas, sanitarias y educativas como formas de clasificar a los individuos, definir sus problemas, promulgar normas y anomalías y establecer vocabularios (Danziger, 1997). Un ejemplo notable es el "manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (el famoso DSM), dando lugar a "cómo piensan las instituciones" en este caso como si los usuarios tuvieran un trastorno mental a diagnosticar y medicar. La reflexividad científica también se propaga en la literatura de divulgación, como "libros de autoayuda", a menudo enteramente pseudocientíficos. Por su parte, la literatura de ficción, a través de la "novela psicológica", contribuye igualmente a la reflexividad.

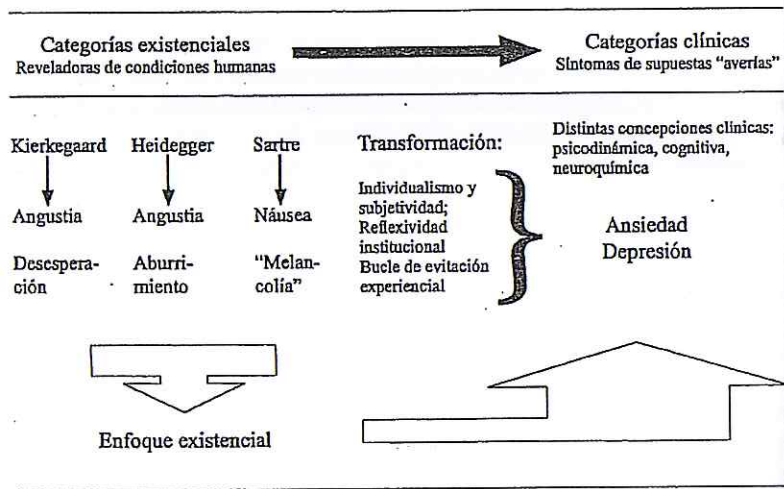
El nivel a la escala psicológica experiencial se refiere a la plasmación en cada individuo de la reflexividad institucional (científica, administrativa, literatura de autoayuda, ficción), por la que los problemas existenciales terminan por ser problemas psicológicos o psiquiátricos. El hecho de que se trate de categorías interactivas (no indiferentes, ni fijas), junto con eficaces campañas dirigidas precisamente a la sensibilización de la población a fin de que problemas corrientes se vean y vivan como problemas clínicos, hace posible esta transformación. Como se sabe, la experiencia subjetiva incluyendo la que tiene relevancia clínica se modula en el contexto de las prácticas sociales.

Un bucle dentro del sujeto, en la relación que uno entabla con sus propias experiencias, termina por hacer el resto. En una sociedad de individuos reflexivos debidamente sensibilizados acerca de que sus tristezas y ansiedades son trastornos mentales, la gente ya no vive sus estados de ánimo al unísono de la vida, ni le sirven de "alarmas" de que algo anda

mal, ni tampoco los asume como condiciones humanas, sino como males-
tares que no debiera tener. Tras la mala noticia de que los problemas coti-
dianos son "enfermedades", viene la buena nueva de que tienen remedio:
medicación. Para ello, los individuos ya fueron educados desde la infancia
en la vulnerabilidad, el trauma y el riesgo, de manera que difícilmente se
está preparado para sumir las contingencias y condiciones de la vida.

El cuadro 1.2 recoge esta transición de las categorías existenciales a
las categorías clínicas, sin implicar necesariamente una superación y
avance respecto del enfoque existencial, que se reivindica aquí como se
trata de indicar en la base de la tabla, donde el enfoque existencial debiera
informar a las categorías clínicas como sugiere la flecha extendida de
abajo hacia arriba.

Cuadro 1.2. Transformación de las categorías existenciales en clínicas



La transformación de las categorías existenciales en las clínicas cuenta
también con un proceso de secularización mundana, amén de la clínica
profesional, a lo largo del siglo XX, el siglo del miedo según Camus. En
particular, la segunda mitad del siglo verá una metamorfosis de la ansie-

dad en la depresión y de esta en otras variantes como problemas prevalen-
tes al hilo de los fármacos de turno. Son ahora los preparados farmacéuti-
cos los que hacen época, preparando ellos mismos a golpe de mercadotec-
nia las dolencias de la gente. Cosa que es posible, como hemos apuntado,
sobre la base del carácter interactivo (no natural, fijo) de los problemas
psicológicos o psiquiátricos, sensibles a las clasificaciones e interpreta-
ciones, a menudo interesadas.

Empezando por el poema de Auden, *La era de la ansiedad*, de 1947,
como declaración de toda una época en plena recuperación de postguerra,
temores e incertidumbres llegarían a constituir la epidemia de la ansiedad
en tiempos del *Valium*, a partir de 1963. No en vano, el *Valium* sería con-
siderado el "mayor amigo de la mujer" y el "pequeño ayudante de la ma-
dre", según la canción de los Rolling Stones (*Mother's Little helper*).
Luego vendría la epidemia de depresión en tiempos del *Prozac*, a partir de
1987, hasta que la patente expire en 2001. Para entonces, ya se habrá in-
troducido el trastorno bipolar, a partir de la segunda mitad de la década
de 1990, catapultado por el eslogan de "estabilizador del humor": un eslo-
gan como la mayor innovación psicofarmacológica de la época. La época
bipolar tiene los días contados si prospera el lanzamiento del TDAH adul-
to que se observa en torno a 2015. Es curioso el cruce de caminos en el
que el trastorno bipolar típico de adultos se expande a la infancia y el
TDAH típicamente infantil se expande a la vida adulta. Ni qué decir que
estos movimientos responden a la busca de nuevos mercados para la me-
dicación. El cuadro 1.3 esquematiza esta comercialización, por no decir
secularización, de los malestares del siglo.

Cuadro 1.3. Secularización y comercialización
de los malestares del siglo XX

Siglo XX: de la ansiedad a la depresión				
Auden, 1947	Tiempos del <i>Valium</i> , 1963	Tiempos del <i>Prozac</i> , 1987	Tiempos de <i>esta- bilizadores del humor</i> , hacia 1996	Tiempos <i>anfe- támicos</i> 2015
<i>La era de la ansie- dad</i>	Epidemia de ansiedad	Epidemia de depre- sión	Epidemia bipolar	TDAH adulto

1.3. ¿Qué es la depresión?

Puesto que no se niega que la depresión y la ansiedad sean hechos reales, la cuestión es sin embargo cómo llegan a ser hechos reales. De otra manera, y por lo que a este libro respecta, ¿cuándo la depresión llega a ser un trastorno mental?, se pregunta el psiquiatra italiano Mario Maj en una editorial de la *British Journal of Psychiatry*, de 2011. No hay pruebas objetivas (marcadores biológicos, análisis clínicos, neuroimágenes) ni apenas criterios establecidos sobre los que se pueda definir un trastorno depresivo respecto de la tristeza normal, la desmoralización u otras condiciones clínicas. Los sistemas diagnósticos tipo DSM, lejos de describir los trastornos que nombran por sus “junturas naturales”, se valen de un listado de síntomas. De este modo, se pueden reunir los criterios diagnósticos de muchas maneras diferentes (de 227 maneras en el caso de la llamada depresión mayor) pudiendo darse el caso de que dos pacientes con el mismo diagnóstico no compartan ningún síntoma (Zimmerman, Ellison, Young, Chelminski, & Dalrymple, 2015).

Mario Maj examina tres enfoques para definir la depresión: contextual, cualitativo y pragmático. De acuerdo con el enfoque contextual, la depresión, al contrario de la tristeza normal, se entiende que o bien no está relacionada con algún evento de la vida o es desproporcionada respecto a un evento precedente. Aunque se trata de un criterio atractivo para la gente y los cínicos adolece de diversas dificultades, entre ellas que el propio estado depresivo puede alterar la “percepción” de que sean eventos relevantes y, por lo demás, está la imprecisión de lo que es “proporcionado”.

El enfoque cualitativo supone que hay alguna diferencia o cualidad en la experiencia depresiva que la hace distinta de la tristeza normal u otras condiciones, pero su indagación y descripción está desaparecida en aras de la simplificación diagnóstica de hoy día, reducida a un listado de síntomas. Se requiere de estudios interesados en la experiencia de depresión donde los propios pacientes describan lo que les pasa. Estudios de este tipo destacan la experiencia de estancamiento e incapacidad para hacer cosas (sea que refieran cansancio, imposibilidad de reunir el esfuerzo suficiente o un futuro sin salida), la desvinculación con el mundo, sintiéndose separados de las cosas cotidianas y actividades que parecen fáciles para los demás, así como la incapacidad de experimentar placer diferente de la tristeza o la desmoralización en las que son posibles la distracción y “momentos” de alegría; todo ello sin que falten molestias somáticas (dolores, malestares, pesadumbre del cuerpo).

El enfoque pragmático asume un continuo de severidad desde la tristeza ordinaria a la depresión clínica, cuyo umbral se fija sobre criterios prácticos relativos al grado de sufrimiento, el menoscabo funcional o la duración. El problema es la relatividad del criterio, a expensas de una variedad de condiciones.

Los tres criterios son relevantes y ninguno se puede descartar. Sin embargo, el referido a la cualidad de la experiencia es probablemente el central, sobre el que entender los otros, debido a su interés en definir la depresión por sus “junturas naturales” que no son otras que las cualidades de las experiencias y la particular situación en la que uno está cuando se encuentra deprimido. Se requiere estudiar sobre una base fenomenológica las experiencias de primera persona dadas en diarios y memorias, así como en entrevistas clínicas a propósito, como ha hecho el filósofo británico Matthew Ratcliffe, en su libro *Experiences of depression* (Ratcliffe, 2014). Por lo que aquí respecta, se va a proponer en el capítulo siguiente un modelo contextual de la depresión de acuerdo con la noción de situación. La noción de situación tiene una base fenomenológica y contextual sobre la que se puede establecer qué es la depresión: una situación en la que uno está, cuando está deprimido, no *algo* que uno tiene.

2

La noción de situación: un modelo contextual para la depresión

Se propone la noción de situación como alternativa a las nociones más usuales de la depresión como condición interna y como reacción externa. Por más que establecidas de una u otra manera, se entiende que estas nociones no dan adecuada cuenta de la depresión, como sí lo hace la noción de situación. Después de señalar los límites de la depresión como algo interno o externo, se introduce la noción de situación establecida en filosofía como situación-límite y en psiquiatría y psicología clínica a propósito de la melancolía. A continuación, se expone su consideración de acuerdo con la Activación Conductual (AC).

2.1. Más allá de la depresión endógena y de la depresión reactiva

Se supone a menudo que la depresión es una condición interna: algo que uno tiene *dentro*. De forma tradicional, se habla de depresión endógena para referir un estado del humor caracterizado por tristeza, melancolía y apatía sin explicación aparente, sin que parezca responder a acontecimientos vitales, ni fluctúe con las circunstancias, ni hallar tampoco alguna condición orgánica definida que la justifique. No obstante, esta condición orgánica indefinida, junto con la falta de causa aparente, se supone que la depresión en este caso es *endógena*, lo que sugiere tanto un fondo biológico indefinido como una etiología desconocida, donde el término "endógeno" es prácti-

camente equivalente a "idiopático" (de casusa desconocida). La propia experiencia del humor o estado de ánimo deprimido o melancólico se vive como algo interior, dentro de uno, como si formara parte de los *humores*, cuales fluidos y entrañas constitutivas del cuerpo. Aunque hoy apenas se habla de depresión endógena, ni mucho menos de humores a la antigua, no por ello la concepción endógena está desaparecida. Por el contrario, pervive bajo la apariencia de "desequilibrio neuroquímico", equivalente conceptual de hoy a la teoría de los humores de los tiempos de Hipócrates.

Esta concepción "endógena" de la depresión presenta el problema de convertir en hipóstasis una hipótesis, llegando a propagar como realidad hipostasiada lo que no sería más que, en el mejor de los casos, una razonable conjetura. Lo cierto es que la moderna teoría de los desequilibrios neuroquímicos en psiquiatría es tan oscura como la antigua teoría de los humores. Los desequilibrios neuroquímicos, empezando por el tan socorrido de la serotonina, ni se miden para establecer diagnósticos ni tampoco a la hora de prescribir la medicación que supuestamente los corrige. De hecho, los supuestos desequilibrios funcionan más como eslóganes comerciales que como evidencias científicas, propagados como verdades (hipóstasis) cuando no eran más que hipótesis *interesadas* en la mercadotecnia de la depresión como enfermedad a medicar, según se ha visto que eran al final.

La depresión se supone también que responde a acontecimientos y circunstancias de la vida. Se habla entonces de reacción depresiva o depresión reactiva. La noción de reacción supone una respuesta del individuo -afectiva, cognitiva, conductual-, como efecto de un ambiente que la produce (acontecimiento, evento, circunstancia). Aun cuando no se usé el término "reacción" o "reactiva", la idea de reacción está implícita en la propia noción de depresión, cuando se trata de relacionarla con acontecimientos vitales. Así, el modelo cognitivo utiliza el esquema A-B-C, donde A serían los acontecimientos, B las creencias (*beliefs*) y maneras de pensar acerca de los acontecimientos y, por su parte, C serían las consecuencias emocionales y conductuales que definen la depresión.

La depresión como reacción no deja de prestarse a ser concebida en términos interioristas, que terminan por situar "dentro" las condiciones patógenas, como el citado modelo cognitivo, sin ser el único. El enfoque psicodinámico también ofrece un modelo internista en términos de conflictos intrapsíquicos, derivados de experiencias y conflictos irresueltos a lo largo de la vida. Un enfoque biopsicosocial es igualmente interiorista: más bio que otra cosa. Por más que vea las condiciones neurobiológicas como reacciones al estrés psicosocial, lo *bio* termina por condensar (hi-

postasiar) y capitalizar (comercializar) la depresión. La preconización por parte del modelo biopsicosocial del tratamiento combinado consistente en medicación más intervención psico-social está al servicio, en realidad, de que la medicación no falte, quedando *lo* psico-social como discurso político y cosmética clínica.

El problema de la noción de reacción es que fácilmente termina por caer e incurrir en una explicación interiorista, sea en términos de esquemas cognitivos en el enfoque cognitivo, de conflictos intrapsíquicos en el psicodinámico o de desequilibrios químicos en el biopsicosocial. Ahora, la depresión se explica en función de esos conceptos hipotéticos finalmente hipostáticos, como si fueran entidades que por sí mismas explicaran la "reacción". Lo que le pasa al individuo se convierte en "síntomas" de una supuesta "depresión", como si fuera *algo* independiente y separado de las condiciones de partida.

En la base de esta recaída endógena de la noción de reacción está una concepción mecanicista (dualista) de la relación entre el ambiente y el individuo. El ambiente y el individuo se conciben por separado: el primero como *input* o desencadenante y el segundo como *output* o reacción que sale de *dentro* del organismo, como resultado de algún "circuito defectuoso", "avería" o disfunción de mecanismos cognitivos, psicodinámicos o neuroquímicos. Aun cuando se habla de interacción, la interacción se suele entender como si dos entidades previas (ambiente e individuo) interactuaban entre ellas, en vez de concebir su mutua co-construcción.

2.2. La depresión como situación: ni dentro ni fuera

Por el contrario, la noción de situación supone una configuración gestáltica del individuo-en-el-mundo, siendo el propio individuo el que está *dentro* del mundo, en una *situación*. En esta perspectiva, la depresión no sería *algo* dentro de uno, sino más bien sería uno el que está *dentro* de una situación -se podría decir- *depresiva*. La depresión tampoco sería una mera reacción a unas circunstancias o situación acaecida. Puede haber unas circunstancias que propician determinadas reacciones, las cuales de suyo no son depresivas o anormales (sino incluso adaptativas: normales y funcionales dadas las circunstancias), pero que pueden terminar por configurar una *situación depresiva*.

La situación se constituye por la configuración de circunstancias dadas y modos de responder a ellas. Las circunstancias pueden ser más o menos fáciles de identificar según se trate de acontecimientos recientes

(por ejemplo, una pérdida de algo valioso) o de cambios vitales paulatinos (por ejemplo, un deterioro o desgaste de lo que era valioso). Los modos de responder se refieren tanto a lo que uno hace (por ejemplo, una rumia "dando vueltas a lo mismo") como a lo que deja de hacer (por ejemplo, salir, "relacionarse"). Se entiende que lo que uno hace o deja de hacer son pautas aprendidas que constituyen un modo típico de responder ante ciertas vicisitudes de la vida: un determinado estilo de personalidad que, para el caso, predispone a la depresión. Aun tratándose de un estilo característico —normal y funcional según el modo de ser de uno—, puede propiciar, dadas las circunstancias, la constitución de una situación *patógena* (neurótica; depresiva) cuando termina por configurar un bucle. Supuesta esta conjunción entre circunstancias dadas y modos de responder (estilo de personalidad) en la configuración de una determinada situación o constelación, para el caso, *depresiva*, importa siquiera subrayar los términos en juego de *situación, estilo de personalidad y atmósfera emocional*.

2.3. La situación: un peculiar modo de relacionarse con el mundo

La noción de *situación* fue introducida por Karl Jaspers en filosofía y desarrollada por Hubert Tellenbach en clínica. Para empezar, siempre estamos en alguna situación, no en el sentido trivial de que siempre estamos en algún sitio, sino en el sentido existencial de que nuestro estar-en-el-mundo se configura por el modo de encarar las posibilidades que se abren en el horizonte de la vida. Dejar de estar en una situación implica pasar a otra. Dentro de esta dinámica, la vida nos puede meter o poner en situaciones-límite, en las que Jaspers estaba particularmente interesado.

2.3.1. Situación-límite

La característica paradigmática de una situación límite es el desmoronamiento del sistema de seguridad en el que uno estaba anclado y acostumbrado: por así decirlo, el "sentirse como en casa" se acaba y el plan de cómo nos gustaría vivir nuestra vida falla (Fuchs, 2013). Son ejemplos de situaciones-límite la pérdida, la soledad, la separación, la enfermedad, la vejez, donde la vida y la existencia revelan sus límites pero también sus verdades. La angustia o ansiedad y el aborrecimiento o depresión son experiencias reveladoras

que ponen de relieve situaciones-límite, de desmoronamiento y ruptura de la vida. Las situaciones-límite ponen a prueba nuestra fortaleza, a veces, más allá de la que uno mismo se imagina que tendría. Además de la revelación de la vida, las situaciones-límite pueden revelar las propias capacidades de la persona, a menudo, sacándola de sus límites acostumbrados y acomodados, llevándola más allá de sí misma a cumbres, abismos o profundidades nunca vistas o incluso impensables, poniendo en juego el *valor*, la valentía para vivir a pesar de todo y lo que realmente vale e importa en su vida.

2.3.2. De las constelaciones pre-melancólicas a la desesperación

La noción de situación en clínica se debe principalmente a Tellenbach, en su aplicación a la melancolía (Tellenbach, 1974). La situación se refiere a un peculiar modo de la persona de vivir la relación con el propio mundo. No se trata de una mera interacción sino de la co-construcción mutua de ese mundo o propio "nicho" que uno se crea, de acuerdo a su modo de ser. Como dicen Ambrosini, Stanghellini y Langer,

(El) modo de ser de una persona, su configuración antropológica, su modo de entender la vida y de plantear las relaciones con el otro, la jerarquía de sus prioridades y de sus valores, lo conducen a tener relaciones típicas para esa persona. Consiguientemente, la noción de situación evidencia tanto el rol activo en el sentido que la persona concurre activamente a crear la situación, como el rol pasivo en el sentido que no hay ninguna intención o voluntad de crear la situación en sí misma por parte de la persona, o no poder hacerlo de otro modo. A través de esta situación, la persona palpa su propia incapacidad de ser de otra forma (Ambrosini, Stanghellini, & Langer, 2011).

La noción de situación en la perspectiva de Tellenbach supone la transformación de una situación pre-depresiva o no-depresiva en toda una depresión o melancolía o, si se prefiere, depresión melancólica, debida o promovida en buena medida por un peculiar modo de ser o estilo de personalidad: el *typus melancholicus* (Ambrosini et al., 2011). A este respecto, Tellenbach describe dos constelaciones características del tipo pre-melancólico: la includencia y la remanencia. La includencia refiere la disposición a crear un orden propio en el que uno se siente "incluido" y resguardado, lo que tanto da seguridad como mantiene a uno "encerrado" y abrumado ante una eventual mudanza, sintiendo al final vacío y soledad. La mudanza y el cambio

terminan por “precipitar” esta constelación en una situación depresiva melancólica. Por su parte, la remanencia se caracteriza por el afán de rendir al máximo, por temor a quedar rezagado respecto de las propias expectativas y deberes y, sin embargo, permanecer irresuelto y estancado, sintiendo al final pesadumbre y culpa. El rezago respecto de los propios deberes y así sentirse en deuda consigo mismo y con los demás termina también, por este lado, por “precipitar” la situación depresiva melancólica. En términos de una dimensión espacio-temporal, la includencia se inscribiría en el orden de la espacialidad y la remanencia en el de la temporalidad.

Si bien se ha señalado de acuerdo con Tellenbach que la constelación de la includencia y remanencia tienen sus precipitantes depresivos respectivamente en la mudanza y el rezago, lo que termina por configurar una depresión melancólica es la *desesperación*. Merece retomar el concepto de desesperación proveniente de Kierkegaard (en su obra *La enfermedad mortal*) para referir y destacar el precipitante último de la entrada en la depresión: cómo uno permanece encerrado y estancado. La desesperación no tiene aquí tanto el sentido de desesperanza o desamparo, como el sentido de quedar entrampado en la indecisión, encerrado y estancado en la propia situación, creada y a la vez padecida, sin poder vivir así ni tampoco dejar de hacerlo. La desesperación termina por constituir un bucle de acciones e inacciones que encierran a uno en su propio estancamiento vital. Si en Kierkegaard la desesperación suponía la renuncia a Dios, en la depresión secular supone la renuncia a uno mismo. El cuadro 2.1 re-expone la noción de *typus melancholicus*.

Cuadro 2.1. *Typus melancholicus* y entrada en depresión melancólica

Constelaciones premelancólicas	Caracterización	Precipitante depresivo	Dimensión	Situación de depresión melancólica
- Includencia	Recogimiento en un orden propio que tanto protege como encierra	Mudanza	Espacial	} Desesperación
- Remanencia	Estancamiento dentro del propio afán por cumplir con los deberes	Rezago	Temporal	

2.3.3. Estilo de personalidad

En la perspectiva de Tellenbach se replantea la noción de estilo de personalidad o “estilo neurótico” (David Shapiro), en este caso, de disposición a la depresión. Un estilo de personalidad refiere maneras aprendidas a lo largo del desarrollo, derivadas de constelaciones maternas, pautas de apego, historias de reforzamiento y demás condiciones descritas en la psicología, que conforman modos-de-ser. Como señalan Giampiero Arciero y Guido Bondolfi, “la génesis del estilo de disposición-a-la-depresión se encuentra en el estudio de aquellas condiciones (pérdida, separación, rechazo, etc.) que en el curso del desarrollo de uno engendran modos recurrentes de sentir. Estas experiencias, sedimentadas a lo largo del tiempo, inclinan el sentido de la estabilidad personal de los sujetos hacia un contexto de referencia que se polariza en estados de tristeza, enfado y ansiedad. Así, el modo de ser de uno se centra sobre estas emociones, estructurando su manera de situarse en las diversas circunstancias y relaciones con los otros. La persistencia de esta tendencia se refleja en la manera en que la persona moldea su identidad personal.” (Arciero & Bondolfi, 2009, p. 204).

De acuerdo con estos autores, la tristeza como “gesto comunicativo” solicitante de ayuda o compasión y tanto más dada la naturaleza inalterable de las cosas (pérdida o rechazo) y dada acaso la inviabilidad o fallo del enfado como intento de cambiar la situación, termina por instaurar la inacción. La inacción resulta así un componente esencial de la tristeza, dado que las circunstancias en las que *uno se encuentra* no se pueden cambiar. La inacción está a su vez intrincadamente asociada a la tendencia a una atención focalizada en uno: su sufrimiento, sentimientos y cuidado de sí. De esta manera, se da fácilmente una desvinculación del mundo y una focalización en sí mismo: De ahí la naturaleza paradójica de la tristeza: una emoción que nos vincula con el mundo y al mismo tiempo nos separa (Arciero & Bondolfi, 2009, p. 207).

La noción de estilos cognitivos ofrece otra versión del papel de los estilos de personalidad implicados en la disposición a la depresión. De hecho, los estilos cognitivos son más conocidos, a cuenta de la moda de la explicación cognitiva de la depresión, que el tipo melancólico de Tellenbach y los estilos de personalidad de Arciero y Bondolfi. El estilo cognitivo *depresivo* se presenta en términos de esquemas cognitivos, sesgos de procesamiento de la información y estilos atribucionales, como si dijéramos, una tendencia a ver siempre “la botella medio vacía”. En particular,

los estilos atribucionales se suelen especificar de acuerdo con una combinatoria de factores interno/externo, estable/inestable y global/específico, resultando la depresión de un estilo atribucional *negativo*, consistente en explicar los aspectos desfavorables que le ocurren a uno como algo interno (debido a mí), estable (soy así) y global (siempre me ocurre lo malo), lo contrario referente a los aspectos positivos (lo bueno es casual, sin tener que ver conmigo).

Dejando aparte lo que la explicación cognitiva tiene de tautológico como, por ejemplo, explicar la depresión por esquemas depresógenos que se definen por la propia depresión y de mentalista al suponer un mundo mental paralelo al mundo externo, la cuestión a resaltar aquí es que los estilos cognitivos negativos (depresivos) son ellos mismos “síntomas” de cambios más radicales en el modo de estar en el mundo. Lejos de ser los sesgos cognitivos, la *causa* del cambio emocional y conductual, puede que ellos mismos supongan un cambio en el mundo vivido que implica ya la sintonía de “tristeza” con el mundo y el sentido de imposibilidad de las propias acciones. Así, la socorrida indefensión aprendida, más que una *valoración* de la situación sumada a la *creencia* acerca de sí mismo, puede ser una manera de experimentar lo imposible: el mundo cancelado como espacio de posibilidades. El sentido de ser incapaz de actuar de una manera significativa es una experiencia unitaria —un modo de experimentar lo posible—, no una maquinaria de piezas (valoración, creencia, atribución, sesgos). La idea aquí es que el propio estilo cognitivo depresivo tiene una base existencial, de acuerdo con Matthew Ratcliffe, en su estudio fenomenológico de las experiencias de depresión (Ratcliffe, 2014, p. 71).

Resulta difícil de entender que las personas se depriman como dice la teoría cognitiva, incurriendo de nuevo en la “falacia del psicólogo” consistente en confundir el punto de vista cognitivo intelectualizado que suelen tener los investigadores con el de los propios sujetos que estudian, a pesar de que ya advirtiera de ella William James hace más de un siglo. Tal prejuicio intelectualista puede ser muy apto para “explicar” la depresión en cursos y cursillos, pero es más bien inepto para comprender las experiencias de depresión. Por el contrario, no será difícil de entender que sea la acción conductual en el mundo (más que la cognición dentro de la mente) lo que realmente ayuda a la gente a *salir* de la situación de depresión, incluso en las terapias cognitivas. La propia historia de la AC muestra que el componente conductual de la terapia cognitiva es el que aporta la eficacia que tiene la terapia.

2.3.4. *Atmósfera emocional*

Dentro del planteamiento fenomenológico-conductual que se sigue, los estados de ánimo constituyen el modo de estar en el mundo. No solo estamos *en* el mundo, sino que siempre estamos de algún *modo*, bien o mal. El estado de ánimo puede estar marcado por una emoción polarizada en relación con algún “objeto” (miedo a esto, odio a aquello, etc.) o consistir en una determinada *sintonía* con el mundo en general. La variedad de sintonías o tonos vitales, más o menos notables, cambiantes y característicos como, por ejemplo, la nostalgia, la tristeza, la alegría, el enamoramiento, la esperanza, la soledad o el extrañamiento se pueden y suelen referir como sentimientos existenciales. Los sentimientos existenciales son las maneras de encontrarse uno en el mundo. La depresión es uno de estos modos, que *agradece* su consideración como sentimiento existencial (Ratcliffe, 2014).

La idea es que un estado de ánimo como sentimiento existencial constituye toda una atmósfera emocional que envuelve a uno y tiñe de su tono nuestro estar en el mundo. El estado de ánimo así entendido, para el caso la depresión, no estaría dentro de uno ni tampoco fuera, sino que describiría más bien una configuración del mundo *dentro* de la que uno está: un *stimmung*. El término alemán *stimmung*, difícilmente traducible por una palabra (aunque en inglés se suele hacer por *attunement* y en francés y español por *humeur* y humor respectivamente), tiene un sentido conveniente a la noción de situación, sugerente del aspecto atmosférico, envolvente, como tono vital y estado de ánimo, que caracteriza a la sintonía (*attunement*) que uno tiene con el mundo, sea por caso, *en* depresión.

El sentimiento existencial *en* la depresión se caracteriza, de acuerdo con Ratcliffe, por una particular disminución del mundo como lugar de posibilidades. El sentido práctico de las cosas está disminuido, sin ofrecer las disponibilidades usuales para la actividad. Acompaña un sentido de extrañamiento donde las posibilidades imposibles para uno parecen sin embargo fácilmente accesibles para los demás. Estas alteraciones del espacio de posibilidad constituyen un sentimiento de aislamiento, de modo que las cosas parecen inusitadamente distantes, ya no-ahí disponibles. Un mundo que ya no se ofrece cercano puede que al mismo tiempo resulte manifiestamente indiferente si es que no amenazante, frente a la indefensión, la pasividad y la soledad de uno. La esperanza, el sentido práctico y la conexión con los otros no solo se han ido, sino que *brillan* por su ausencia, como parte de una experiencia *sentida* (Ratcliffe, 2014, p.71).

2.4. La noción de situación: cuando los intentos de solución son el problema

La noción de situación no es extraña ni tampoco de mero sentido común para la psicología y, en particular, para un enfoque conductual. De hecho, una especificación conductual de la noción de situación complementa e implementa la concepción fenomenológica. A la vez, una concepción fenomenológica de la noción de situación siquiera en los términos escuetos como se ha presentado puede otorgarle un sentido existencial que no siempre está claro como merece en una perspectiva conductual. La idea es que la situación entendida como peculiar modo de relacionarse con el mundo sirva de trasfondo antropológico existencial a su aplicación clínica en una perspectiva conductual, la cual puede servir, a su vez, según se decía, como especificación práctica de aquella.

El concepto de situación en una perspectiva conductual se encuentra desarrollado en la teoría de la conducta de Emilio Ribes, una teoría de campo que identifica diferentes tipos de estructuras generales en las que se organiza el comportamiento psicológico, según sistemas de relaciones de complejidad creciente. La situación se define a partir de las relaciones de condicionalidad entre acontecimientos potenciales y/o efectivos que están vinculados con el comportamiento. Una situación constituye un conjunto organizado de contingencias o relaciones condicionales entre las acciones de un individuo y las acciones de otros individuos y los objetos potencial y actualmente efectivos (Torres Ceja, Ortiz Rueda, Rangel Bernal, & González Becerra, 2012). La situación no se define por el mero conjunto de objetos, acontecimientos y personas en el entorno de uno, sino por las relaciones contingenciales que se establecen con ellos y ellos entre sí. Dentro de estas estructuras contingenciales destacan las mediadas por el lenguaje. Por lo que aquí importa, se sigue la noción de situación que se aplica en la AC, sin dejar de lado el aspecto fenomenológico.

El modelo contextual de la depresión tiene su origen y base conceptual en el análisis funcional de la conducta. El análisis funcional de fenómenos clínicos, incluyendo la depresión, fue desarrollado por C. B. Ferster a principios de la década de 1970 (Ferster, 1973). De acuerdo con Ferster, la depresión resulta de una historia de aprendizaje en la que las acciones de los individuos no dan lugar a reforzadores positivos del ambiente y, a menudo y a la vez, las acciones de escape o evitación de condi-

ciones aversivas resultan reforzadas negativamente. Es decir, la conducta de escape resulta fortalecida por lo que evita, no por lo que consigue. El decremento de reforzamiento positivo trae dos consecuencias que propician la depresión:

- a) El “encerramiento en sí mismo”, sin esperanza de que algo positivo, pueda ocurrir. Cuando los esfuerzos no resultan recompensados, la gente se centra más en atender y responder a su propia privación que en operar sobre las posibles fuentes de reforzamiento ambiental.
- b) La disminución de conductas adaptativas. Cada vez uno hace menos cosas que pudieran cambiar algo, por el contrario, hace más que sumergen en “depresión”, evitando, escapando y rumiando. Por así decir, se gasta más esfuerzo en evitar o escapar de consecuencias aversivas anticipadas, que en intentar que algo positivo pueda ocurrir.

El modelo contextual de la depresión y por ello mismo la terapia que implica gira sobre dos cuestiones: (1) qué condiciones ocasionan la conducta depresiva y (2) cuáles son las consecuencias de esta conducta para la propia persona. La AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de la persona (1), como en sus respuestas a tales eventos por parte de la persona (2). Eventos y respuestas constituyen la situación depresiva, dando lugar a estructuras contingenciales (Ribes) o constelaciones (Tellenbach). Un aspecto básico de la AC es la consideración de que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar, en realidad, como evitación conductual de importantes ámbitos de la vida. Dadas las circunstancias actuales en las que no parece haber alicientes y en las que acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las reconfortantes, la actitud de la persona hacia los eventos y hacia su propia experiencia es decisiva, tanto para mantener la situación depresiva como, en su caso, para salir de ella. Mientras que una actitud de *evitación*, por lo demás, fácil de entender dadas las circunstancias, tiende a instaurar y mantener una situación depresiva, una actitud de *activación*, sin duda, difícil de poner en juego en la situación actual, puede ser la solución.

La situación de depresión se concibe en términos de interrupción (ruptura o interrupción más o menos abrupta) de las rutinas que constituían la vida cotidiana. Dicho más técnicamente, la situación depresiva se concibe

en términos de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo. En definitiva, se trataría de pocos alicientes de la vida y muchos inconvenientes, incluyendo la tristeza, la desmoralización y la desesperanza: una particular experiencia del mundo como lugar de posibilidades imposibles para uno (Ratcliffe). De acuerdo con esta concepción, la AC enfatiza el papel de la evitación conductual.

La evitación conductual toma una variedad de formas desde unas más obvias, como la permanencia en casa "retirándose" de las actividades habituales, a otras menos aparentes como los "pensamientos rumiativos". En general, se podría decir que la "depresión" misma es una forma de evitación. No siempre es claro que las conductas de los clientes son conductas de evitación. El cliente hace lo que puede y siente natural. Únicamente cuando se analizan las consecuencias de la conducta se puede empezar a comprender su función, en este caso, la de evitación. No es tanto la forma como la función lo que realmente importa. Ejemplos de evitación que se dan en depresión pueden ser:

- *retirada social*, como no responder al teléfono y dejar de ir a ciertos sitios;
- *evitación no-social*, como no asumir tareas difíciles, quedar sentado en casa y pasar excesivo tiempo en la cama;
- *evitación cognitiva*, como no pensar sobre los problemas con miras a hacer algo, no tomar decisiones, no aprovechar las oportunidades y rumiar tratando de explicar el pasado y de resolver problemas insolubles;
- *evitación por distracción*, como ver programas basura en la TV, jugar a juegos de ordenador y comer y hacer ejercicio en exceso;
- *evitación emocional*, como el uso de alcohol y otras sustancias.

En todo caso, la "depresión" se sitúa en el contexto de las circunstancias actuales de la persona y no, por ejemplo, dentro de ella, cualquiera que fuera el lugar supuesto, del cerebro o de la mente, que poco más da. La depresión no le "sale" a uno de ningún sitio, como le podría salir una erupción, ni tampoco le "entra" como entra una gripe. La concepción contextual de la depresión es distinta de la concepción médica o del déficit, sea psiquiátrica o psicológica, prisioneras de una u otra manera del mecanicismo, como de hecho están interesadas en los "mecanismos de la depresión". La concepción contextual de la depresión se podría ver en términos existenciales, donde la evitación conductual vendría a ser una

forma práctica de especificar el "bucle de la desesperación" característico de la depresión melancólica.

Según ya se ha dicho antes, el modelo contextual supone que la "depresión" es más una situación dentro de la que está la persona, que algo que la persona tiene dentro de sí misma, como trata de presentar la Figura 2.1. En esta perspectiva, la "depresión" sería un aspecto de esta situación que, por situarlo en el modelo, formaría parte del circuito en el que está metida la persona. De todos modos, la depresión no es una cosa que esté ahí separada, ni dentro de la persona, ni tampoco fuera, sino una atmósfera que cualifica una peculiar de-sintonía de la persona-con-el-mundo. La depresión tendría más el estatus de atmósfera emocional y tono vital (*Stimmung*) que de supuesta causa cosificada o conjunto de "síntomas". Comoquiera que los modelos clínicos, incluyendo el de la AC, no afinan en este punto, valga esa "ubicación" de la depresión en un circuito de circunstancias.

La evitación conductual es en realidad un "problema secundario", derivado de las circunstancias iniciales y de la consiguiente disminución de alicientes. Pero la evitación juega un papel *decisivo* en la depresión y en la terapia. Su papel decisivo viene dado precisamente por su carácter conductual, referido a las acciones e inacciones que configuran la estructura contingencial que define la situación o campo en el que el sujeto parece estar *sujeto*. El papel de la evitación conductual es *decisivo* también en el sentido y en la medida en que implica una decisión —a menudo determinada y firme— de hacer otra cosa con miras a cambiar la situación, para el caso activación.

En términos del modelo, la "depresión" queda situada en un circuito de antecedentes y consecuentes. Los antecedentes son a veces fáciles de identificar (eventos vitales negativos, circunstancias personales) y otras veces difíciles, según están sumidos en la historia biográfica. Dada la disminución de alicientes y del sentido de la vida, un patrón de evitación consistente en dejar de hacer esto y lo otro y la rumia de pensamientos, así como la tristeza y el desánimo, son normales: por frecuentes y hasta por funcionales y adaptativos, en principio. ¿Cuándo estas respuestas dejan de ser normales, funcionales y adaptativas, para ser "depresión"? No es fácil de determinar y de hecho seguramente no hay punto fijo, ni termómetro que lo mida, siendo el "punto crítico" en cada caso relativamente idiosincrásico. Esta cuestión halla una cierta perspectiva de solución si se considera el bucle que las propias conductas, acciones, reacciones e inacciones de la persona pueden llegar a constituir en un esfuerzo al final contraprom-

ducente por resolver una situación o salir de ella. Estar triste, desanimado, desmoralizado, etc., no es propiamente el problema y, sin dejar de ser un problema de la vida, no debiera ser sin más un problema psicológico. El problema psicológico está en cómo uno responde a esas experiencias y eventos privados y a los acontecimientos y circunstancias de la vida; cuando es de una manera en la que la respuesta e intentos de solución forman ya parte del problema más que de la solución.

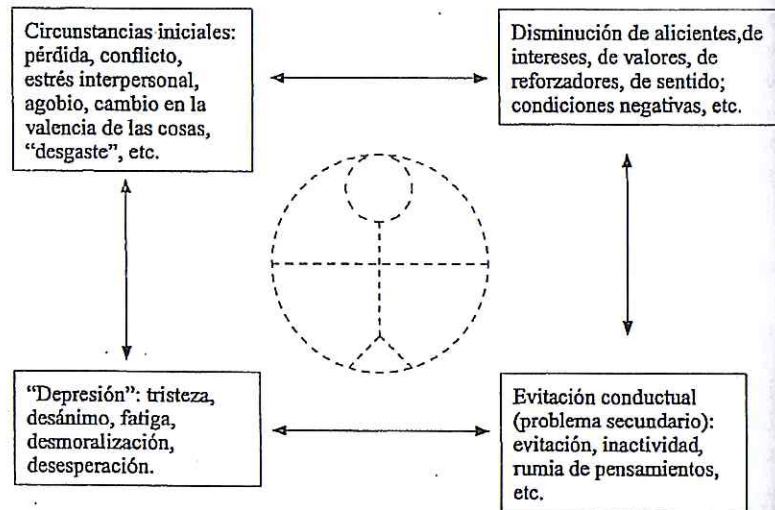


Figura 2.1. Modelo contextual de la depresión.

2.5. Modelo presentado al cliente

El clínico analiza la depresión de acuerdo al modelo conductual contextual y trata de que el propio cliente entienda el problema en esta perspectiva. Esta perspectiva no es la usual de los clientes, ni siquiera demasiado intuitiva. Sin embargo, el terapeuta puede mostrar con los propios datos del cliente que lo que le pasa se entiende de acuerdo con el modelo y, lo que es más importante, que ello indica qué hacer y no hacer. Un terapeuta

de AC se caracteriza por el uso de esquemas y diagramas que ponen en relación los distintos componentes del modelo: lo que pasó, qué efecto produjo, cómo uno se siente, qué hace al respecto, qué resultado útil o perjudicial tiene lo que hace o deja de hacer sobre la situación, etc. Un diagrama de este tipo (basado en Martell, Addis, & Jacobson, 2001) se encuentra en la Figura 2.2. El clínico puede disponer de diagramas vacíos como este u otros de su propia elaboración, a "rellenar" con los datos del cliente, como el caso presentado en el capítulo 4. Un diagrama de este tipo viene a ser una especie de radiografía de la depresión.

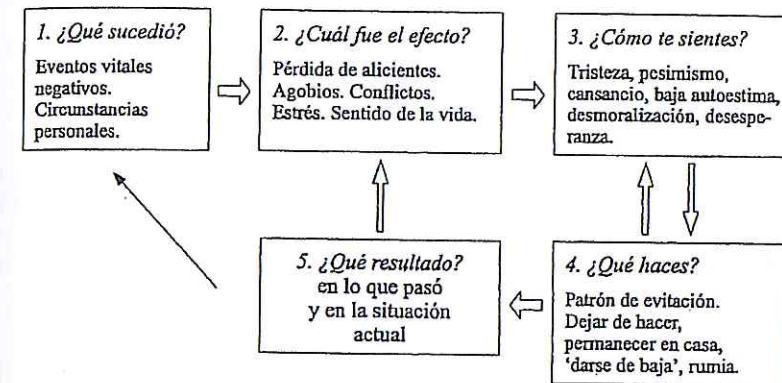


Figura 2.2. Modelo de la depresión presentado al cliente.

En la caja 1 se sitúa lo que sucedió que pudo dar lugar a la situación actual. Pueden ser eventos identificables en la vida del cliente, cambios paulatinos que terminaron por crear una situación nueva, una acumulación de inconvenientes o el mismo "desgaste" de lo que antes era satisfactorio. En la caja 2 se sitúa el efecto de lo que pasó, que define la situación actual y la colorea de esa atmósfera depresiva y de desesperación. Se describe en términos de pérdida de alicientes y de sentido de la vida, de agobios, estrés, conflictos: una situación más "deprimente" que estimulante. En la caja 3 se sitúa el estado de ánimo y cómo uno se siente. Seguramente este es el aspecto más sobresaliente para el cliente, que inunda su vida y cualifica la "depresión" que tiene. Destacar aquí lo que siente el cliente supone

el reconocimiento de su desánimo, sufrimiento y desesperanza, a la vez que lo sitúa en relación con otros eventos: lo que sucedió antes para estar así, pero también lo que hace y deja de hacer ahora en relación con lo que siente. En la caja 4 se destacan precisamente las reacciones, esfuerzos e intentos por salir de esta situación y solucionar el problema. La cuestión es que estos esfuerzos, por más lógicos y razonables que son, no parecen ser eficaces y, peor aún, parece que están contribuyendo a la propia situación depresiva. La doble flecha entre las cajas 3 y 4 sugiere lo lógico que es hacer lo que hace en función a como uno se siente, pero sugiere igualmente que lo que uno hace puede hacer también que se sienta así, a pesar de alivios puntuales.

Lo que uno hace que puede contribuir más al problema que a la solución supone, a menudo, un patrón de evitación. Este patrón toma una variedad de formas, no todas ellas evidentes como, por ejemplo, quedarse en la cama o dejar de hacer cosas. El terapeuta, junto con el cliente, trata de identificar pautas de este tipo en base a criterios funcionales, no en base a la apariencia de la conducta. Así, la "rumia" de pensamientos, el hablar continuamente de lo mal que está y el "estar deprimido" como talante y estilo interactivo pueden ser ya más que nada patrones evitativos. En la caja 5 se sitúa el resultado de lo que uno hace, es decir, el resultado del patrón evitativo. El resultado se ha de ver en qué cambia la situación depresiva, respecto a aumentar los alicientes, encontrar sentido a la vida y todo aquello que suponga y reconstruya la situación. Se entiende que el resultado se ha de mirar quizá más en la caja 2 que en la 1, en la medida en que la 1 supone acontecimientos irreversibles y no manejables. De ahí la flecha más sencilla apuntando a la caja 1, que tampoco descarta cambiar lo que sea. El mayor cambio sería sobre la caja 2 y a partir de ahí sobre la 3.

3

La Activación Conductual en el contexto de las terapias de la depresión

La depresión es el trastorno psicológico más prevalente, pero también uno de los más agradecidos a las terapias. Aunque la medicación antidepresiva es el tratamiento más usado, no es inevitable ni tampoco probablemente la mejor. Entre los problemas con la medicación destacan la recaída cuando se deja de tomar, la adicción por su toma continuada, los efectos secundarios indeseables y la no resolución de los asuntos de la vida en relación a los cuales puede haber surgido la depresión o uno haber entrado en esa situación. Por su parte, las terapias psicológicas presentan ventajas: responden a las preferencias de muchos usuarios que se ven abocados a la medicación, no tienen los efectos secundarios de la medicación, sus beneficios se mantienen a largo plazo y se abordan los asuntos de la vida relacionados con la situación depresiva. El problema de las terapias psicológicas es, paradójicamente, su diversidad: abundancia y divergencia entre ellas.

3.1. Terapias psicológicas de probada eficacia en la depresión

Existen diversas psicoterapias para la depresión, cuya variedad y divergencia entre ellas no se corresponde con la similitud de su eficacia. Al menos, siete grandes terapias tienen probada eficacia. El cuadro 3.1 describe siete tipos de intervenciones psicoterapéuticas, de acuerdo con Barth et al. (2013).

Cuadro 3.1. Tipos de intervenciones psicoterapéuticas eficaces para la depresión

Tipos de psicoterapias	Descripción
Terapia cognitiva o cognitivo conductual (TCC)	En la TCC los terapeutas se centran en el impacto que tienen los pensamientos disfuncionales sobre su conducta actual y funcionamiento futuro. Se dirige a evaluar, disputar y modificar las creencias disfuncionales (reestructuración cognitiva). La TCC conlleva una marcada asignación de tareas entre sesiones. El terapeuta es activo en las interacciones terapéuticas y sobre los contenidos de discusión, usa psicoeducación y enseña maneras de enfrentar situaciones.
Psicoterapia interperso-nal (PIP)	La PIP es una psicoterapia breve y altamente estructurada, basada en un manual, que aborda asuntos interpersonales dejando fuera todos los demás aspectos de la atención clínica. La PIP no tiene un origen teórico específico, aunque sus bases se pueden ver en relación con Sullivan, Meyer y Bowlby.
Terapia de solución de problemas (TSP)	Se define la TSP como una intervención psicológica en la que se incluyen los siguientes elementos: definición de problemas generales, generación de múltiples soluciones a cada problema, selección de la mejor solución, desarrollo de un plan sistemático para esta solución y evaluación de la solución emprendida.
Entrena-miento en habilidades sociales (EHS)	El EHS es una forma de terapia conductual en las que se enseñan habilidades que ayudan a fomentar y mantener relaciones interpersonales. En la mayoría de sus versiones, los pacientes son entrenados en asertividad. Esto significa que se enseña a defender los derechos expresando sentimientos de una manera honesta y respetuosa sin insultar a la gente.
Psicoterapia psicodiná-mica (PPD)	El objetivo primordial en la PPD (breve) está en aumentar el entendimiento, la conciencia y el <i>insght</i> acerca de conflictos repetitivos (intrapersonales e interpersonales). Una asunción es que las experiencias infantiles, conflictos irresueltos del pasado y relaciones históricas afectan significativamente a la vida actual. Además, se exploran los deseos, sueños y fantasías de los pacientes. El tiempo limitado y la focalización en núcleos temáticos diferencian la PPD de la psicoterapia psicoanalítica.
Consejo de apoyo (CA)	El CA se define como una terapia inestructurada sin otras técnicas psicológicas específicas que aquellas comunes a todos los enfoques, tales como ayudar a la gente a ventilar sus experiencias y emociones y ofrecer empatía. No se dirige a soluciones o ad-

	quisición de nuevas habilidades. Su asunción es que la discusión con otros puede aliviar problemas personales.
Activación conductual (AC)	Se considera que una intervención es AC cuando el registro de actividades agradables y el aumento de interacciones positivas son los elementos centrales del tratamiento. El entrenamiento en habilidades puede ser una parte de la intervención. Aunque la AC fue desarrollada por Lewinsohn, se incluye el componente de activación conductual de la TCC.

No es que todas estas terapias sean igual de eficaces, pero ninguna de ellas se puede descartar por falta de eficacia. Aunque alguna cuenta con más estudios, las otras no carecen de ellos. Tampoco se quiere decir que solucionen todas las depresiones. Pero, dado lo agradecida que es, la depresión es el banco de pruebas para fundar nuevas terapias. La "ganancia de pescadores" está asegurada en el río de la depresión y la ansiedad. El que se trate, antes que nada, de problemas de la vida tiene que ver seguramente con el beneficio de su "tratamiento" consistente en hablar de los asuntos que importan con empatía, comprensión y apoyo. Dentro de ser una terapia más, la AC destaca por dos condiciones: su calidad científica y su carácter transterapéutico.

3.2. Calidad científica: parsimonia, facilidad y eficiencia

La calidad científica de la AC tiene que ver con su propia historia. Como es conocido, y bastará recordarlo, la AC hunde sus raíces en el modelo conductual de la depresión formulado por Charles B. Ferster, en 1973, y en la terapia conductual desarrollada por Peter M. Lewinsohn, también a principios de la década de 1970, si bien su origen reciente deriva de un componente de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

De acuerdo con Ferster (1973), la depresión resulta de una historia de aprendizaje en la que las acciones de los individuos no dan lugar a reforzadores positivos del ambiente y, a menudo y a la vez, las acciones de escape o evitación de condiciones aversivas resultan reforzadas negativamente (por lo que evitan, no por lo que consiguen). El decremento de reforzamiento positivo trae dos consecuencias que propician la depresión. En primer lugar, cuando los esfuerzos no resultan recompensados, la gente se centra más en responder a su propia privación que en operar sobre las posibles fuentes de reforzamiento ambiental, dando lugar a un "encerramiento en sí mismo" y la desesperanza de que algo positivo pueda ocurrir. En segundo lugar, el

repertorio de conductas adaptativas del individuo se reduce. Cada vez uno hace menos cosas que puedan cambiar algo y, por el contrario, hace más que sumergen en "depresión", evitando, escapando y rumiando. Se gasta más esfuerzo en evitar o escapar de consecuencias aversivas anticipadas, que en intentar o "tentar" que algo positivo pueda ocurrir.

Por su parte, Lewinsohn y colegas (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Muñoz, Youngren, & Zeiss, 1978) enfatizan también la importancia del reforzamiento contingente a la conducta, especificando tres aspectos: el número de eventos potencialmente reforzantes para el individuo (la "racha" de cosas buenas en la vida actual), la disponibilidad de reforzamiento en el ambiente (los cambios en las circunstancias personales) y la conducta instrumental para obtener reforzadores (la habilidad y recursos para moverse en las circunstancias actuales). Sobre esta base, desarrollaron programas aplicados, consistentes sobre todo en auto-monitorización y planificación de actividades agradables.

La terapia de Lewinsohn, y en particular su programación de actividades, fue incluida en la terapia cognitiva de Beck. En tiempos de la hegemonía de la psicología cognitiva a partir de finales de la década de 1970, la terapia cognitiva absorbió y eclipsó la terapia conductual. Así, la terapia cognitiva o cognitivo-conductual se convirtió en la terapia de referencia, empezando por la depresión, llegando a ser la terapia psicológica que cuenta con más estudios empíricos que muestran su eficacia, liderando el movimiento de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Después de establecer su eficacia en relación con la medicación como tratamiento de referencia, la terapia cognitiva llegaría a ser ella misma la referencia respecto de la que medir y probar otras terapias psicológicas, que quieren mostrar la suya y "apuntarse al carro" de los tratamientos empíricamente apoyados, cosa que lograron una variedad de ellas. De ahí la diversidad de psicoterapias eficaces.

Sin dudar de la eficacia de la terapia cognitiva, por lo demás fuertemente apoyada, la duda recae, sin embargo, en por qué es eficaz. Siendo una terapia multi-componente, surge la cuestión acerca de si todos sus componentes contribuyen por igual o sinérgicamente al resultado final o si acaso el (mayor) resultado se debe a alguno de ellos. Se han diferenciado tres grandes componentes: uno centrado en la activación conductual, otro en pensamientos disfuncionales y otro en la reestructuración cognitiva. Este último se entiende que es el fundamental, del que depende el cambio terapéutico. El cuadro 3.2 especifica estos componentes en sus técnicas específicas. Sobre la base de estos componentes se han constituido tres grupos experimentales: uno centrado en la activación conductual (AC), otro en los pensamientos automáticos (PA) incluyendo intervenciones de AC pero

excluyendo las de reestructuración cognitiva, y otro con los tres componentes, es decir, la terapia cognitiva-conductual completa (TCC). Los grupos formados al azar con pacientes depresivos recibieron la misma cantidad de sesiones previstas para la terapia completa. El cuadro 3.2 presenta estos componentes con las intervenciones de cada uno y la composición aditiva de los grupos experimentales: el AC con solo intervenciones de su componente, el PA con las propias del suyo más las que fueran de AC y el TCC con todas las intervenciones. El cuadro incluye a título indicativo el resultado en el Inventario de Depresión de Beck a los seis meses (BDI).

Cuadro 3.2. Componentes de la terapia cognitiva y grupos de comparación

Activación conductual	Pensamientos automáticos	Reestructuración cognitiva
Monitorización de actividades diarias	Notar cambios de humor en sesión indagando los pensamientos que los preceden	Exploración de las explicaciones de los problemas con miras a identificar creencias básicas
Valoración del dominio y agrado de las actividades	Registros diarios de pensamientos disfuncionales y su relación con eventos problemáticos	Identificación de asunciones y creencias básicas referidas por el cliente o inferidas por el terapeuta
Asignación de tareas graduales	Reexamen de pensamientos en orden a ver si se justifican por los eventos en cuestión	Exploración de asunciones y creencias alternativas
Ensayo cognitivo de afrontamiento de dificultades anticipadas	Respuestas más funcionales a pensamientos negativos	Discusión de los pros y contras de determinadas asunciones
Discusión de problemas específicos e indicaciones de técnicas conductuales	Examen de sesgos de atribución	Discusión de ventajas a corto y largo plazo de las asunciones
Asertividad y ensayo de papeles para habilidades sociales	Examen entre sesiones de la validez de sus interpretaciones	Revisión de creencias sobre eventos cotidianos
		Técnicas para pensamientos disfuncionales aplicadas a las creencias nucleares
Grupo de AC	+	Grupo de PA
		⇒ Grupo de TCC (completa)
BDI: 8.5		9.3
		10.3

Este estudio de componentes, llevado por Neil Jacobson y colegas, en 1996, puso de relieve que el componente conductual por sí solo obtiene la misma eficacia que la terapia completa, de la que se supone que el componente cognitivo es esencial (Jacobson et al., 1996). Este hallazgo pone en entredicho el componente cognitivo de la terapia y su explicación con base en la cognición. A igual eficacia, el componente conductual resultaría más eficiente que la terapia completa. Este hallazgo llevó al desarrollo del componente conductual como terapia por sí misma, lo que sería el origen reciente de la AC.

En 2001, aparecen dos versiones de activación conductual: una desarrollada por el propio Jacobson y colaboradores. Esta versión cuenta con el manual de tratamiento titulado *Activación conductual para la depresión* (Martell, Dimidjian, & Hermann-Dunn, 2010). La otra versión es la desarrollada por Lejuez, Hopko, & Hopko (2001), denominada Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD). En su última revisión (Lejuez, Hopko, Acerno, Daughters, & Pagoto, 2011), este modelo, ahora con las siglas TACD-R, ha introducido algunos cambios, simplificando sus formularios para la recogida de datos y abreviado su protocolo, que quedaría con un total de diez sesiones. Aunque ambas versiones retoman los conceptos y procedimientos de Ferster y Lewinsohn sobre la base de la activación conductual, la AC se sitúa en el marco de la evitación conductual y la aceptación en la línea de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Por su lado, la TACD se sitúa en el marco de la "ley de igualación" de Herrnstein, según la cual la depresión depende a la vez del reforzamiento aumentado de las conductas depresivas como, por ejemplo, permanecer en casa o hablar de lo mal que se siente y del reforzamiento disminuido de conductas saludables no-depresivas. Una exposición de ambos protocolos se encuentra en Barraca (2009a). En este libro se toma como referencia la AC, pero también se considera la TACD. El Cuadro 3.3. Re-expone estas dos versiones de activación conductual.

Cuadro 3.3. Versiones de activación conductual

	Formato	Autores	Énfasis conceptual
Versiones de activación conductual	AC	Estándar	Addis, Dimidjian, Kanter, Martell
	TACD-R	Breve	C. Lejuez, D. Hopko, S. Hopko
			Evitación conductual; aceptación "Ley de igualación" de Herrnstein

El estudio de la eficacia de ambas versiones no se hizo esperar. La AC fue puesta a prueba de acuerdo con uno de los diseños experimentales más cuidadosos y exigentes en el estudio de la eficacia de terapias psicológicas (Dimidjian et al., 2006). Se comparó AC con terapia cognitiva, con medicación (paroxetina) y con placebo en un ensayo aleatorizado. Mientras que todos los tratamientos, incluyendo el placebo, fueron prácticamente igual de eficaces en la depresión moderada, la AC y la medicación fueron superiores a la terapia cognitiva y el placebo en la depresión mayor al final del tratamiento (a las dieciséis semanas) mostrando, de todos modos, la AC una menor tasa de recaídas que la medicación (Dimidjian et al., 2006). El cuadro 3.4 muestra el esquema del diseño experimental con señalamiento únicamente del resultado al final del tratamiento (a las dieciséis semanas del comienzo, excepto para las ocho semanas del grupo placebo) medido con el cuestionario de Beck (BDI) y distinguiendo la severidad de la depresión.

Cuadro 3.4. Ensayo controlado aleatorizado de AC (Dimidjian et al., 2006)

Terapias	Terapia Cognitiva	Activación Conductual	Medicación Antidepresiva	Placebo (pildora)
BDI:	baja	9.76	11	7.9
Severidad	alta	17.44	8.75	7.78
				7.81 (8 semanas)
				22.5 (8 semanas)

En un seguimiento de dos años, el porcentaje de recuperación de la AC y la terapia cognitiva se igualó, sin diferencia entre ellas, pero ambas por encima de la medicación y del placebo (Dobson et al., 2008). Desde el punto de vista de la AC, su igualación a largo plazo con la terapia cognitiva puede significar dos cosas: una es que la misma eficacia resulta más eficiente con la AC y la otra que la eficacia de la terapia cognitiva acaso no deba la componente de la activación ya que el grupo de AC no incluía reconstrucción cognitiva a la que se suele atribuir el cambio sostenido. Desde el punto de vista de la terapia psicológica (sin importar ahora su "marca") esta mantiene su eficacia después del tratamiento lo que no ocurre con la medicación, la cual presenta más recaídas (Dobson et al., 2008). La AC se ofrece hoy como uno de los tratamientos más eficaces para la

depresión, incluyendo las depresiones más graves. A pesar todavía de las limitaciones metodológicas, la puesta al día de un meta-análisis ofrece evidencia que apoya la AC como un tratamiento eficaz para la depresión, con resultados como mínimo igual de efectivos que la medicación antidepressiva (Ekers et al., 2014, p. 9). Está en curso un estudio a gran escala en el que se compara la eficacia y eficiencia en términos clínicos y de coste-beneficio de la AC y la terapia cognitivo-conductual: el proyecto COBRA por sus siglas en inglés (Rhodes et al., 2014).

Por su parte, la TACD también cuenta con diversos estudios que muestran su eficacia. Siendo TACD más breve y flexible, incluyendo la modalidad de una sesión única, y cinco como una referencia común, podría ser la elección en casos donde una aplicación más expeditiva y breve fuera deseable, de modo que la AC podría ser el tratamiento de elección en casos más complicados de depresión (Lejuez et al., 2011). Un ensayo clínico también está en marcha comparando en este caso la TACD con consejo de apoyo durante 10 sesiones (Collado, Ong, MacPherson, & Lejuez, 2014).

A falta de los estudios en curso, y sin menoscabo de las posibles mejoras que resulten, se puede ya decir que la AC y en su caso la TACD tienen de todo lo que hace que una terapia sea una terapia de calidad: parsimonia, facilidad y eficiencia (Cougles, 2012).

3.3. Carácter transterapéutico: el principio de la acción

A pesar de que la AC surge como una terapia específica de la depresión, tiene un sentido transdiagnóstico. Este sentido transdiagnóstico se puede percibir tanto desde el lado de los trastornos psicológicos como de los tratamientos. Desde el lado de los trastornos y de acuerdo con lo dicho según lo cual lo que caracteriza a un problema psicológico es un *bucle* o enredamiento en el que el propio individuo queda "entrampado" en sus esfuerzos por salir del problema, se entendería que alguna forma de reactivación puede "sacar" de ese circuito al reenganchar a uno con la vida, más allá de los "síntomas".

Desde el lado de los tratamientos, dentro de sus diferentes enfoques y procedimientos, se entendería que lo que funciona es de nuevo alguna forma de activación que cada uno de ellos pone en juego a su manera, aun cuando lo que enfatizan y supongan eficaz sean otros aspectos. El caso de la terapia cognitiva de la depresión es ejemplar, como se acaba de ver. La

pregunta que se plantea ahora es que la activación conductual aun siendo distinta de una terapia a la que da nombre (la AC), puede que de alguna manera más o menos reconocida esté funcionando en otras terapias y no únicamente en la terapia cognitiva o cognitivo-conductual. La dificultad está en identificar si alguna manera de activación conductual se da en las diversas terapias psicológicas, de modo que permita tomarla como proceso transterapéutico fundamental: como aquello que hace efectiva la psicoterapia, más allá de sus propios postulados. Una psicoterapia podría postular el *insight*, el crecimiento personal o la reestructuración cognitiva y, sin embargo, su funcionamiento podría deberse, en realidad, a alguna manera de activación que dicha terapia pone en juego.

De todos modos, aun concediendo importancia a la activación, siempre se podría decir que la propia activación resulta de cambios en otros procesos psicoterapéuticos anteriores más básicos. La caída aquí en un razonamiento tautológico es fácil. La tautología podría darse si la activación se toma como *prueba* de supuestos cambios anteriores que se postularan. Así, podría decirse (tautológicamente) que la activación observada supone que se dio un *insight* o una reestructuración cognitiva cuyos presuntos cambios se infieren de la propia activación. Un razonamiento tautológico podría darse también si se entiende ahora que la activación produce la mejoría observada, la cual se toma a su vez como prueba de la activación.

El problema está en que la propia noción de activación se queda corta para este debate. Para empezar, procede de una terapia recién llegada y sin caracterizarse precisamente por demasiado bagaje conceptual. A este respecto, la siempre deseada parsimonia peca aquí de simplicidad. En su favor se puede aducir que la activación en el marco de las terapias contextuales está emparentada con conceptos de más abolengo, como la exposición de la terapia de conducta clásica y el compromiso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En relación con la exposición, la activación guarda una relación con ella por lo que se refiere a entrar en contacto con contingencias, en este caso, punitivas (al menos, a corto plazo), en vez de evitarlas. Se entiende que la exposición hace más flexible el contacto con las contingencias (como también se espera de la activación), al extinguir conductas de evitación que limitaban la vida. La exposición se ha postulado como un "mecanismo de reorganización" que allana el estrés psicológico debido a conflictos en sistemas de control tipo *bucle*. Según se entiende, "la efectividad de la psicoterapia gira en torno a la medida en que los clientes se exponen a sus conflictos durante el tiempo que sea necesario para la

reorganización de procesos que generan una solución eficaz. Tan simple como complicado.” (Carey, 2011, p. 247).

Por su parte, el compromiso viene a ser la versión de la activación conductual en una terapia más sofisticada como es la ACT, donde se trabajan especialmente los valores y la aceptación. Tanto valores como aceptación forman parte igualmente de la AC. La activación de la AC no es en cualquier dirección (sino en dirección a valores) y es a menudo una activación *a pesar de* no estar bien (aceptación). No otra cosa es la noción de compromiso que el “compromiso” de actuar en dirección a valores: una manera de activación de la vida valiosa, más allá de los síntomas. No en vano, el acrónimo ACT se sugiere se pronuncie como la palabra “act”, de actuar, no A, C, T, letra por letra.

Con todo, la noción de activación y sus parientes, la exposición y el compromiso, tienen más alcance que el otorgado por sus terapias de origen. El rango antropológico que se quiere dar aquí a la noción de activación bien se puede acoger a la *faústica* declaración que Goethe pone en *Fausto* cuando dice: “En el principio era la acción”. Frente al *nous, intellectus* o espíritu (“Al principio era el verbo”, “Pienso, luego existo”), Goethe hace la proclamación moderna de la acción como principio. En el cuadro 3.5 está lo que dice Fausto, donde establece el principio de la acción.

El sentido del principio goethiano está en la transformación del mundo y de sí mismo a través de la acción. La época moderna es el contexto de Goethe, pero el principio de la acción está ya en Aristóteles. El ser se da también en potencia y acto. Como dice Aristóteles: “El ser no solo se toma en el sentido de sustancia, de cualidad, de cantidad, sino que hay también el ser en potencia y el ser en acto, el ser relativamente a la acción”.

Cuadro 3.5. En el principio era la acción

Dice Fausto: *Escrito está: «En el principio era la Palabra»... Aquí me detengo ya perplejo. ¿Quién me ayuda a proseguir? No puedo en manera alguna dar un valor tan elevado a la palabra; debo traducir esto de otro modo si estoy bien iluminado por el Espíritu. –Escrito está: «En el principio era el sentido»... Medita bien la primera línea; que tu pluma no se precipite. ¿Es el pensamiento el que todo lo obra y crea?... Debiera estar así: «En el principio era la Fuerza»... Pero también esta vez, en tanto que esto consigno por escrito, algo me advierte ya que no atenga a ello. El Espíritu acude en mi auxilio. De improviso veo la solución, y escribo con fiado: «En el principio era la Acción».*

Ahora bien, el acto es anterior a la potencia, por más que el sintagma usual sea “de la potencia al acto”. La potencia como capacidad para devenir en acto supone los actos previos que confieren la capacidad de obrar de cierta manera. Lo que somos capaces de hacer lo aprendemos por la práctica. Como dice Aristóteles: “construyendo se hace uno arquitecto y tocando la cítara se hace uno guitarrista”. No en vano, hemos tomado de Aristóteles la frase que preside este libro y que no está de más recordar, según la cual:

Toda virtud se origina como consecuencia y a través de las mismas acciones. (...) Los hábitos se originan a partir de las actividades correspondientes. Por ello hay que realizar actividades de una cierta clase...

El principio de la acción se puede poner en relación con la *vida activa* en contraposición con la *vida contemplativa*, de acuerdo con la reelaboración que hace Hannah Arendt de estos dos modos de vida establecidos en la tradición filosófica. Aunque la vida contemplativa no deja de implicar actividad, empezando por la de pensar, la vida activa define más cabalmente la *condición humana*, como titula Arendt su obra al respecto. La vida activa consiste en tres grandes actividades: la labor o faena del vivir; el trabajo o la obra plasmada en el oficio y artificios y la acción referida a la palabra y el discurso por lo que nos diferenciamos unos de otros y donde reside el quiénes somos. Mientras que la vida contemplativa nos lleva al aislamiento, la vida activa nos reúne con los otros y mejora el mundo.

Aunque el movimiento y el cambio definen en general a los seres vivos, la acción y la transformación caracterizan más en particular a los seres humanos, empezando por su estructura corpórea (bípeda, práctico-manual) y forma de vida institucional (socialmente organizada). Dentro de esto, nuestro continuo quehacer de la vida nos sitúa sobre un horizonte temporal y espacial: el mundo de la vida más o menos abierto. Nuestra propia conciencia con su estructura intencional siempre dirigida a algo nos articula con el mundo de una manera constitutiva. Nuestro estar-en-el-mundo lejos de la trivialidad de la fórmula, condensa el modo humano de estar hacia adelante, anticipando, pro-curando, abriendo horizonte, haciendo, ocupado y preocupado con más o menos urgencia.

3.4. Del sujeto pensante al sujeto operante

Sobre la base del principio de la acción inherente al quehacer humano, cabe considerar la noción de sujeto operante como figura antropológica,

más allá de la mera noción propia de una escuela psicológica centrada, en este caso, en la conducta operante. Por lo pronto, la noción de sujeto operante sería más cabal que la noción de sujeto pensante, donde las acciones se resuelven como operaciones mentales. La noción de sujeto operante enfatiza las operaciones propiamente dichas empezando por la manuales y verbales. La noción skinneriana de conducta operante tiene una estructura intencional (temporal) dirigida hacia delante, a expensas de un posible resultado, consecuencia o efecto. Dada ahí una situación propicia discriminativa, la acción operante abre una posible consecuencia que entonces se hace presente. Esta consecuencia reconfigura la situación inicialmente presente, propiciando la subsiguiente conducta que opera de nuevo hacia delante. Lo que se quiere destacar es la estructura temporal (intencional): cómo la conducta operante establece una relación entre algo presente (un estímulo discriminativo) y algo ausente (una consecuencia por ocurrir), de una forma dinámica que se reestructura en cada operación. Se puede decir que la conducta operante abre futuro y reestructura el mundo. Cada vez que uno hace algo, siquiera saludar a alguien, abre la posibilidad de que algo ocurra, lo que a su vez reconfigura la situación inicial y así sucesivamente.

El sujeto, lejos de definirse por una sustancia o mente que se albergara en su interior y de la que emanaran intenciones que a su vez propulsaran acciones, se define inherentemente por sus *actos*, ya ellos mismos intencionales. La *potencialidad* del sujeto deriva de acciones anteriores que van operando sobre el mundo, a la vez que han ido transformando su propia capacidad de obrar sobre él. Lo que se quiere destacar en relación con la estructura temporal es que la acción que opera sobre un horizonte de posibilidades es lo que puede dar sentido —dirección y significado— a la vida, no el repliegue-ensimismado que buscara dentro uno mismo. No se refiere a una acción impulsiva (irreflexiva), de modo que uno estuviera continuamente “alterado” por el entorno, sino a una acción deliberada o reflexiva, pero tampoco ensimismada. De acuerdo con la distinción de Ortega entre ensimismamiento y alteración, cuyas formas extremas podrían ser la depresión y la manía, se trataría de una “alteración” sin que le falte la reflexión en orden a proyectar la acción. Se refiere a la inmersión en el mundo, no al sumergimiento en uno mismo.

Sin que el sentido de la vida esté predefinido ni tenga una única dirección, lo cierto es que no es algo que se encuentre dentro de *uno mismo*, como no sea a costa de un ensimismamiento, sino *dentro* del mundo en el que uno se encuentra, sobre un horizonte de posibilidades más o

menos claro y abierto y, en su caso, a aclarar y abrir. *Yo soy yo y mi circunstancia*, dice Ortega y continúa: *y si no la salvo a ella no me salvo yo*. La salvación no está *en uno*, sino *dentro* del mundo en el que uno vive y hace la vida.

Se ha puesto la activación conductual en la perspectiva del principio de la acción (Aristóteles, Goethe) y en relación con la primacía de la vida activa frente a la vida contemplativa (Arendt), así como del lado de la “alteración” en el sentido de involucración en el mundo más que del ensimismamiento (Ortega). Sobre este trasfondo, la activación conductual bien se puede proponer como una condición transterapéutica, que tal vez ponen en juego las diversas terapias psicológicas cuando ayudan a la gente. O quizá sea alguna manera de activación lo que de hecho ocurre cuando la gente *sale* de sus problemas. Cabe sostener la activación en un sentido general como principio terapéutico saludable, sabido que su opuesto referido al “ensimismamiento” puede ser una condición patógena cuando termina como termina fácilmente en un bucle autoreflexivo. Ni qué decir tiene que la activación no se refiere a una actividad “maníaca”, sino al servicio de proyectos vitales significativos, como tampoco se denuesta el ensimismamiento cuando es reflexión y clarificador de acciones y proyectos. Por lo que aquí respecta, no se dejaría de decir que la AC destila el principio de la activación de una manera tan simple como parsimoniosa.

En los capítulos sucesivos se describe con detalle la aplicación de la AC como terapia para la depresión. Aunque la depresión es su referente aquí, de acuerdo con su propio origen, la AC es un enfoque transterapéutico con base en el principio de la acción y transdiagnóstico aplicable a todo problema psicológico caracterizado por alguna forma de evitación experiencial o conductual. La depresión como entidad clínica supone la transformación de una condición existencial a través de un proceso transdiagnóstico de evitación, que aquí se ha concebido de acuerdo con la noción de situación.

PARTE II
Aplicación
de la Activación Conductual

4

Evaluación y Análisis Funcional en la Activación Conductual

El planteamiento idiográfico de la AC se inicia desde la misma evaluación que, en consecuencia, se adapta siempre al caso. No obstante, el proceso evaluador tiene una serie de pautas comunes que guían al clínico y, además, se sirve de unas técnicas bien establecidas (monitorización de la actividad y registro del estado de ánimo, cuestionarios de activación y situación emocional, listados de valores, etc.). Lógicamente, esta evaluación está fundamentada en la concepción de la AC presentada en los capítulos anteriores, por lo que el terapeuta tratará de reconocer siempre cuál es el nivel de reforzamiento en el momento presente y cuál su asociación con las conductas actuales, qué reforzadores vitales tienen realmente peso para el sujeto, cuál ha sido el camino para llegar a la situación actual, cuáles son las conductas que están evitando a la larga el contacto con esos reforzadores, o qué interfiere (material o cognitivamente) en este contacto.

De cara a la planificación del tratamiento, la evaluación procurará determinar también cuáles son las habilidades que deben adquirirse o perfeccionarse para recuperar los reforzadores, cuáles son las demandas ambientales y el concurso de personas cercanas al cliente, qué estrategias deben aplicarse para prevenir nuevas conductas con función evitativa y, por último, cuál es la evolución de la situación anímica del sujeto y de sus actividades hacia los reforzadores. De forma más estructurada y detallada, se presenta en este capítulo el procedimiento para determinar todos los aspectos mencionados.

4.1. El proceso de evaluación

La AC se desarrolló para el tratamiento de la depresión, por lo que el clínico debe estar especialmente capacitado para reconocer las conductas propias de esta condición, con todas sus variantes, además de saber apreciar su frecuencia e intensidad. En este sentido, la formación y la experiencia en este ámbito son fundamentales en cualquier terapeuta de la AC, que debe poseer conocimientos de Psicopatología y, en particular, estar familiarizado con los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, como ya se ha expuesto, la AC no ve la depresión como una enfermedad, sino como una situación resultado de unas determinadas circunstancias ambientales, mantenidas durante un tiempo y retroalimentadas por las propias acciones del sujeto. Este planteamiento hace que, a la recolección de los "síntomas depresivos" más o menos comunes, se añada un análisis del entorno y su potencial capacidad reforzante para el sujeto. Por esta razón, al estimar la gravedad del caso no tendrá solo que contemplar la severidad o continuidad de las conductas depresivas o la duración del episodio, sino también otros elementos, como el papel de familiares y amigos (que pueden ayudar a mejorar o, al contrario, a perpetuar la situación), las experiencias anteriores ante esa misma coyuntura y cómo se resolvieron, las habilidades del cliente, su capacidad de comprensión y su apertura ante las alternativas que se le presentan, etc.

La línea de actuación respecto a la evaluación, encuadrada en el contexto más general de la terapia, se puede plantear como sigue: (1) El terapeuta tratará de determinar y convenir con el cliente cuáles son sus objetivos. Dado que la AC es un tratamiento breve y orientado a la acción, estos objetivos han de determinarse lo más pronto posible y guiar, en parte, la recogida de información. (2) El primer contacto del clínico es a través de la entrevista, por lo que se servirá de esta para recabar las manifestaciones del cliente, el proceso que ha vivido, las rutinas que han podido deshacerse, la situación en que se encuentra actualmente y todas sus asociaciones. También orientará sobre el tipo de intervención y el proceso que se seguirá. (3) Si el sujeto está en disposición, al final de la primera sesión se le propondrá el registro de su actividad y su estado anímico, que continuará durante el tiempo de intervención. (4) Simultáneamente, se puede solicitar que rellene algunos cuestionarios específicamente diseñados para complementar estos datos, y que se presentarán de nuevo pasado un tiempo. (5) Se recabará también información relativa a los objetivos y metas personales, incluyendo los

valores que se tienen en las distintas áreas vitales. (6) A partir de toda esta información (en particular, de la entrevista, el registro de actividades y el estado anímico asociado a estas), el terapeuta elaborará un análisis funcional que expondrá al cliente y contrastará con él. (7) Por último, una vez tenida esta entrevista, propondrá el plan de intervención.

Es importante destacar, no obstante, que, como es característico de las terapias conductuales, la evaluación no termina estrictamente en un momento dado, sino que continúa a lo largo de toda la intervención (de hecho, es conveniente que se mantenga la monitorización y los registros, y que se completen varias veces los cuestionarios propuestos).

4.2. La entrevista clínica en la AC

La entrevista clínica de la AC no difiere esencialmente de las entrevistas que convencionalmente se llevan a cabo en el marco de la intervención conductual. Sin embargo, el clínico que trabaja desde este modelo estará más atento a la relación de acontecimientos que explican haber llegado a la situación depresiva. En la entrevista, el conocimiento del modelo explicativo y las variables implicadas en este serán foco de interés preferente, de forma que se pueda establecer una relación bien justificada y coherente para el mismo cliente. Es cierto que, en la investigación de la AC, se han utilizado entrevistas estructuradas, como la SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) y la SCID-II (First, Spitzer, Gibbons, Williams, & Benjamin, 1996), ambas basadas en la categorización del DSM-IV, o la Escala de Hamilton (HDRS, Hamilton, 1960), pero únicamente por "asegurar" el diagnóstico de depresión o para valorar su intensidad de acuerdo con los cánones establecidos. Sin embargo, en la práctica clínica no investigadora, los autores fundamentales del modelo (Jacobson, Martell, Dimidjian, Lejuez, Hopko) no han recomendado ni desarrollado ningún tipo de entrevista estructurada o semi-estructurada.

Dado el trabajo posterior que requiere la AC, desde nuestro punto de vista, algunos aspectos de la entrevista que deben tenerse en cuenta se enumeran a continuación:

1. Recoger información detallada de los componentes ambientales de la historia del cliente, y de su impacto emocional.
2. Mostrar comprensión y recabar los datos de una forma no crítica o culpabilizadora, sino, al contrario, interpretar las reacciones afectivas.

tivas como algo lógico y comprensible. La depresión "tiene sentido" en el contexto vital y no debe interpretarse como producto de los fallos de algún supuesto mecanismo mental o cerebral de la persona. Este estilo terapéutico del clínico de la AC debe mostrarse desde los contactos iniciales.

3. Reunir datos sobre las reacciones de personas de alrededor a las conductas depresivas, especialmente familiares y amigos cercanos, pues sus actitudes y comportamientos pueden haber influido en el origen de la situación o mantenerla, por ejemplo, por la facilitación de conductas de evitación del cliente. Debe tenerse en cuenta aquí la ley de igualación de Herrnstein referente a la proporción del reforzamiento entre la conducta de evitación "depresiva" y la conducta proactiva "no-depresiva". Naturalmente, esto puede implicar tener entrevistas con ellos, siempre y cuando el cliente lo permita.
4. Es clave tener información sobre las aspiraciones abandonadas, sobre el sentido de la propia vida del cliente (valores personales) y sobre qué elementos podrían facilitar la recuperación de estos aspectos de su existencia. En este sentido, será importante un repaso por las principales áreas vitales (familia, relaciones sociales, trabajo, ocio, educación, carrera académica y profesional, etc.).
5. Igualmente, resultará básico conocer cuántos factores están siendo en la actualidad positivos (y por los que se siguen consiguiendo refuerzo) y cuántos negativos. El comportamiento del propio cliente, su esfuerzo mantenido a pesar de las circunstancias adversas, será igualmente un foco de interés preferente para el terapeuta.
6. La pérdida de rutinas es otra de las claves del modelo, por lo que resulta crucial saber si estas se detuvieron o si algunas siguen presentes.
7. Durante toda la entrevista es fundamental esperar al cliente. Esta visión posibilista tiene su justificación empírica pues la AC es una intervención probada experimentalmente y sus resultados son un aval que el terapeuta puede esgrimir ante el cliente que ha perdido la fe en su recuperación. Las habilidades terapéuticas, particularmente, la validación, deberán desplegarse para ofrecer una buena ayuda al cliente. Más adelante, en el capítulo siguiente se desgranarán las habilidades que facilitarán el proceso de la AC.

4.3. Registro de la actividad y monitorización del estado de ánimo

La AC establece que hay una relación directa entre las actividades que se desarrollan y el estado anímico. Por esta razón, casi desde el inicio de la terapia, se explica al cliente lo conveniente que es disponer de un registro de sus actividades que incluya, además, cómo se encuentra cuando las lleva a cabo. Esta estrategia de recogida de información es una aportación a la terapia del mismo Aaron T. Beck (Beck et al., 1979), que la AC recupera y elabora con más detalle para aprovecharla en su intervención. Estos registros no son sino una auto-observación centrada en unos aspectos concretos, y facilitada a través de una determinada estructura. Al cliente se le puede argumentar que, dado que el terapeuta no puede acompañarle en su día a día para ver qué hace, ni adentrarse en sus pensamientos y emociones, apuntarlos él mismo resulta imprescindible.

En realidad, el registro de actividad y del estado de ánimo asociado posee al menos cuatro importantes funciones en la terapia (Kanter et al., 2009): (1) proporciona una línea base con la que luego podrá valorarse la positiva evolución del caso; (2) ofrece información funcional sobre las actividades que deben ser promovidas o extinguidas (frente a las inferencias apriorísticas sobre qué actividades son reforzantes y cuáles no); (3) permite al cliente aprehender de forma aplicada la lógica del tratamiento (la persona misma observa que haciendo ciertas actividades acaba sintiéndose mejor y que, haciendo otras, peor); y, por último, (4) puede servir como estrategia a reactivar, tras la finalización de la terapia, si se produce una recaída.

Los modelos que se usan más habitualmente para la recogida de la actividad se incluyen en el Anexo I.a (registro para toda la semana) y I.b (registro para cada día). Aunque el primero es el propuesto por Martell et al. (2010) y el segundo por Lejuez et al. (2011), desde nuestro punto de vista ambos resultan igualmente funcionales y el terapeuta puede optar por uno u otro, según las características del cliente y el detalle con que se especifique el contenido de la actividad. En ambos casos, se trata de formatos en papel, pero igualmente se pueden emplear otros electrónicos, y, de hecho, si el sujeto está más acostumbrado y le resulta más práctico monitorizarse a través del teléfono móvil, la *tablet*, o algún otro dispositivo de esta naturaleza, se le recomendará que así lo haga. Más importante que el modelo empleado, es el hecho de que se registre correctamente la actividad.

Cuando el terapeuta pide al cliente que complete los registros es necesario que tenga en cuenta estas indicaciones:

1. El registro debe completarse diariamente, e, idealmente, lo más próximo posible a la ejecución de la actividad. Aunque lo más exacto es hacerlo cada hora, resulta habitual que los clientes recuerden lo que hicieron las últimas 3 o 4 horas y rellenen entonces el registro. (Una norma sencilla consiste en invitar al cliente a completarlo en el desayuno, en la comida, en la cena y al acostarse). Los intervalos mayores no son convenientes, pues las variaciones anímicas que sucederán durante ese tiempo serán más difícilmente apreciadas y recordadas. Es importante tener una información lo más precisa posible, por lo que completar el registro días después probablemente aportará datos inexactos o estos serán poco detallados.
2. En las casillas debe especificarse la actividad llevada a cabo en una descripción sintética (por ejemplo, viendo la TV, preparando la cena, elaborando el informe del trabajo, etc.), a no ser que determinados detalles resulten importantes para comprender cabalmente la situación (por ejemplo, viendo programas tontos en la TV y zapeando todo el rato; viendo mi programa favorito de la TV; viendo la TV, pero sin enterarme ni prestarle atención).
3. También debe reflejarse (en el modelo del Anexo I.a) el estado anímico que se tenía durante la ejecución de cada actividad (o poco después), que puede determinarse con un rango de 1 (lo más bajo posible) hasta 10 (lo más animado posible). Este es el contenido esencial del registro y el que puede ofrecer una información más útil para el terapeuta. En el modelo del Anexo I.b basta con reflejar el estado anímico global al final del día. [Se pueden descargar los anexos en la página web de la editorial (www.sintesis.com)]
4. Alternativamente al estado anímico, en el registro (en el modelo del Anexo I.a) se puede especificar la emoción concreta que se tenía al realizarla (por ejemplo, tristeza, disgusto, asco, vergüenza, sorpresa, felicidad, enfado, miedo, etc.), así como la intensidad con que esta emoción se sentía (de nuevo tasándola de 1 a 10) (por ejemplo: "leyendo revistas del corazón". Frustración = 8).
5. Una posibilidad más (siempre en el modelo del Anexo I.a), consiste en valorar las actividades en su grado de dominio (cómo están de controladas, esto es, cuán fáciles o difíciles son en ese momento para el cliente) y el placer que le proporciona llevarlas a cabo.

- Convencionalmente, se invita a usar una D para indicar el grado de dominio y una P para el grado de placer. (Por ejemplo, un cliente podría registrar: "Afeitarme: D=6; P=2"). La elección de estas modalidades para completar el registro debe ser considerada por el terapeuta, de acuerdo con el tipo de problemas y las características de la persona en tratamiento. No obstante, en un principio, probablemente lo mejor es que se simplifique la tarea recabando únicamente la tarea y el estado de ánimo. En semanas posteriores, si el terapeuta lo juzga conveniente, se podrán registrar también la emoción y el placer-dominio.
6. En el modelo del Anexo I.b en cada actividad el cliente debe dejar apuntado el nivel de disfrute que le ocasionó y el grado de importancia que tiene en su vida (de 1 a 10).
 7. Cualquier actividad debe formar parte de este registro, aunque sean pasivas o aparentemente no-actividades (por ejemplo, echarse la siesta, ver la TV zapeando, dormir por la tarde, estar tumbado en un sofá, jugar con el móvil, dar vueltas a la cabeza sobre mi vida, fumar, etc.). De hecho, es frecuente que estos actos tengan una función de evitación. Asimismo, también deben registrarse las que supongan obligaciones, aunque el sujeto las haga de forma regular (asearse, coger el autobús para ir al trabajo, pasear al perro, preparar la mesa para la comida, etc.).
 8. Como en los registros se especifica hora a hora, lógicamente se pueden agrupar las casillas si la actividad abarca varias horas (por ejemplo, dormir puede incluir cuatro casillas; comer dos casillas). En el ejemplo completado en el Anexo II puede observarse esa integración de horas.
 9. Es necesario detallar las actividades que resulten demasiado generales. Así, por ejemplo, es mejor apuntar "hacer llamadas en el trabajo", "consultar el correo electrónico", "estar en la reunión con el jefe", "redactar el informe", etc., en vez de "estar en el trabajo" o "trabajar". Además, es útil comentar, en algunos casos, con quién se estaba, cómo era el ambiente, qué se esperaba, etc. pues estos detalles pueden aportar luz para la comprensión funcional del caso.
 10. Resulta fundamental motivar al cliente y hacerle ver que, aunque no apunte todo lo que hace, o si solo consigue completar el registro algunos días, de cualquier manera facilitará una información muy importante para ayudarle a mejorar su situación.

11. El terapeuta puede concebir el registro como una tarea de activación misma, y valorar su función como tal. De hecho, es relevante entender que una persona puede evitar completarlo por vergüenza (por ejemplo, por el tipo de actividades que registra o su bajo número); o, también, si le lleva excesivo tiempo (por ejemplo, una hora o más al día), pues quizás entonces lo esté empleando como una forma de evitar otras tareas.
12. La actitud del terapeuta aprovechando y valorando la información del registro, y estudiándolo siempre en la sesión siguiente resulta, igualmente, una estrategia importante para que el cliente se implique a la hora de completarlo.

Aunque algunos autores mencionan que esta monitorización puede interrumpirse tras unas semanas (Kanter et al., 2009), otros (Lejuez et al., 2011; Martell et al., 2010), no lo ven así, pues, de hecho, las actividades programadas entre sesiones se incorporarán a estos mismos modelos (Ver Anexos VI y VII).

El establecimiento de los objetivos terapéuticos parte fundamentalmente del registro de actividades y estado anímico, pues este, al basarse en datos de observación, es el método más conveniente para determinar el nivel de reforzamiento que realmente se obtiene del entorno a partir de las actividades desplegadas. Además, proveerá al clínico de una línea base para comparar el nivel de actividad (y reforzamiento asociado) al inicio de la terapia y al final. No debe dejar de señalarse, igualmente, que este método puede ofrecer información sobre la ruptura de rutinas (de hecho, por medio de él es fácil comprobar los desajustes horarios a la hora de acostarse o comer, las tareas obligadas que se han abandonado, etc.).

Para motivar la cumplimentación, los terapeutas de la AC explican a los clientes que al rellenarlo ganarán una visión mucho más exacta de lo que pasa fuera de las sesiones de consulta; e indican al cliente que debe actuar 'como un científico', en el sentido de no dar cosas por supuestas, sino recabar con detalle la información, sin fiarse de la memoria, o de impresiones previas, de forma que se revele el auténtico peso de ciertas conductas sobre el estado de ánimo. Completar junto con el cliente varias casillas de las horas previas a la consulta es una buena manera de ilustrar su correcto cumplimiento y demostrar que es sencillo y factible.

Tras su entrega en las siguientes consulta, la revisión junto con el cliente del registro y la importancia que el terapeuta le confiera son otros elementos que influyen en la motivación para seguir completándolo. Si al

revisar la hoja rellena (aunque sea parcialmente), el terapeuta demuestra al cliente que lo que aparece en la mayoría de las casillas son actividades que no le gratifican y/o que no son importantes, se facilita que se aprecie mejor el sentido del registro y que, más adelante, se comprenda la racionalidad del tratamiento.

4.4. Cuestionarios para la AC

Si bien los principales métodos para recabar los datos, y a partir de ello elaborar el análisis funcional y luego determinar las estrategias de intervención, son la entrevista y el registro de actividad es cierto que se han desarrollado cuestionarios originales que pueden servir para valorar con objetividad cómo transcurre el tratamiento y cuándo el cliente parece más activado a lo largo de la terapia, o cómo ha cambiado en este sentido desde el principio hasta su finalización. Hoy en día, pueden mencionarse tres pruebas originales y pensadas para la AC que sirven para tener una información de esta naturaleza: el *Behavioral Activation for Depression Scale - BADS* (Kanter et al., 2007; Kanter, Rusch, Busch, & Sedivy, 2008), el *Environmental Reward Observation Scale - EROS* (Armento & Hopko, 2007) y el *Reward Probability Index - RPI* (Carvalho et al., 2011). En la evaluación experimental de la AC se ha utilizado también repetidamente el *Beck Depression Inventory-II - BDI-II* (Beck, Steer, & Brown, 1996), que permite determinar el nivel del estado depresivo previamente a la intervención y cada semana o cada dos semanas durante el tratamiento, intervalo que Lejuez et al. (2001) recomendaban. Martell y sus colaboradores (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010) igualmente exponen a lo largo de sus publicaciones varios casos en los que se repite la aplicación del BDI-II cada vez que el paciente tiene una consulta. Plasmar en gráficos los resultados de esta medida a lo largo del tiempo ayuda a ver más claramente la evolución de la sintomatología.

El BADS, en su última versión, es una escala compuesta por 25 ítems a partir de los cuales se evalúan cuatro dimensiones: (1) activación; (2) evitación/rumia; (3) afectación del trabajo o del rendimiento académico; y (4) afectación de la vida social. Además, se obtiene una puntuación general, integrando todas estas dimensiones, que podría definirse como el grado en que el sujeto tiene una situación de activación (es decir, se involucra en actividades) y hace frente a sus síntomas depresivos y a sus consecuencias. La puntuación en la escala de evitación/rumia revelaría hasta qué

punto esta estrategia de afrontamiento está presente; y las de afectación del trabajo y de la vida social indicarían como ha penetrado la depresión en estas áreas. La adaptación española de este instrumento (Barraca, Pérez-Álvarez, & Lozano-Bleda, 2011), que se incluye en el Anexo III, ha mostrado unas buenas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), en línea con las del instrumento original y se ha empleado ya en distintas investigaciones con población hispanoparlante.

Según los autores del BADS (Kanter et al., 2007) este instrumento resulta útil tanto para el protocolo amplio de la AC como para el de la TACD. Tres de las subescalas del BADS (activación, afectación del trabajo o del rendimiento académico y afectación de la vida social) son claramente procedentes para evaluar la conducta del cliente en ambos, pues recogen un repertorio de conductas de amplio espectro en dirección hacia las metas y, al tiempo, objetivos específicos con conductas del ámbito laboral, académico o social, lo que coincide con las metas que suelen considerarse en la AC extensa y en la TACD. Sin embargo, la subescala de evitación/rumia sería exclusiva para el protocolo amplio, pues no es esta un área que se trabaje directamente en la TACD. No obstante, también es verdad que se esperan en ella cambios al final del tratamiento como consecuencia de la activación.

Por su parte, el EROS es una breve escala de 10 ítems desarrollada para obtener una medida del grado en que el entorno refuerza al sujeto. Los elementos que la componen miden el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de experimentar vivencias reforzantes desde el entorno. La escala ha presentado también pruebas de fiabilidad y validez, y su única dimensión favorece una interpretación sencilla de las puntuaciones. En su adaptación a la población española (Barraca & Pérez-Álvarez, 2010), se incluye en el Anexo IV.

El RPI es un instrumento de 20 ítems, en su versión final, elaborado directamente a partir del concepto de Lewinsohn (1974) de descenso del *reforzamiento positivo contingente a la respuesta* (RPCR), que se ha hipotetizado como la variable determinante del estado depresivo y de su mantenimiento. Las puntuaciones del RPI indicarían la situación del sujeto respecto a su nivel actual de reforzamiento en relación a las conductas que emite o deja de emitir para conseguirlo. A través de una serie de estudios (Carvalho et al., 2011) la prueba ha mostrado su bidimensionalidad (Factor I. Probabilidad de recompensa, Factor II. Supresores ambientales). La consistencia interna del instrumento original en inglés es alta ($\alpha=.90$) y la estabilidad temporal suficiente ($r=.69$). Como pruebas de validez, la RPI

ha obtenido correlaciones altas y significativas con medidas de actividad, evitación, refuerzo y depresión (entre ellas, el BDI-II, el EROS y el BADS); y una regresión jerárquica ha evidenciado la capacidad de este cuestionario para predecir la recompensa del entorno reportada por los participantes en registros diarios. El RPI no ha sido adaptado a la población española, pero en el Anexo V se incluye una traducción de Barraca & Pérez-Álvarez (2015) que se ha efectuado para incorporarla en este mismo volumen, junto con las instrucciones para la corrección y algunos datos de la muestra original.

Aunque la aplicación del EROS, del BADS o del RPI no es algo obligatorio o fundamental en una intervención de la AC, sin duda representará para muchos terapeutas una inclusión útil. Por un lado, porque supone una mínima dedicación de tiempo de consulta (que, incluso, puede llevarse a cabo fuera de ella), y, por otro, porque puede aportar una información que ayude a contrastar más objetivamente la mejoría del cliente a lo largo del proceso. Además, los clínicos pueden emplear estos resultados para presentar sus trabajos en foros científicos o en publicaciones, colaborando así al acervo profesional. No obstante, como en todos los casos, el terapeuta tendrá que equilibrar la utilidad y pertinencia de recoger estas medidas con dedicar el tiempo de la consulta a profundizar en los problemas que trae el cliente a la sesión.

4.5. Registro de valores personales

En la AC resulta necesario que el clínico reúna también información relativa a los valores del cliente. Con la determinación de estos valores, el terapeuta contará con datos útiles para comprender qué conductas son las que, al estar inhibidas o bloqueadas, pueden estar influyendo negativamente en el estado de ánimo del sujeto. Además, servirán más adelante para programar adecuadamente las actividades a implementar; no vale incorporar cualquier actividad, solo tendrán un efecto antidepressivo las que se correspondan con los valores y las áreas vitales realmente importantes para el cliente. Hay que recordar que el objetivo de la AC no es reducir directamente los síntomas de la depresión (aunque esto sea lo que acaba sucediendo), sino activar conductas significativas y dejar de repetir acciones que solo lleva a un agotamiento o a un alivio en el corto plazo. Por esta razón, hacerse más consciente de las áreas importantes en la propia vida, de los valores que desean promoverse en estas áreas y de

las conductas que son coherentes con ellos es tan básico en este tratamiento.

Es importante tener en cuenta que los valores se entienden aquí como unas metas u objetivos ideales, que nunca se pueden alcanzar del todo, en las que siempre se puede seguir y seguir avanzando –algo, sirva de muestra, como encaminarse siempre hacia el Oeste–, y que, de este modo, funcionan como guías o brújulas: Por eso, no deben formularse como consecuencias posibles o realizables (por ejemplo, “perder 10 kilos”), sino como propósitos de acción (por ejemplo, “cuidar mi dieta”). Además, no se deben enfocar hacia el logro de unas emociones (por ejemplo, “tener paz”, “estar relajado”, “ser feliz”, “no estar deprimido”), ya que el control de estas emociones y sentimientos no está en manos de uno y lo normal es que oscilen en función de las circunstancias. Debe tenerse presente que, para algunas personas, tocar este tema puede resultar difícil –aunque sea práctico para la evaluación y para la intervención–, tanto por las actitudes que en su historia personal hayan podido tener padres o jefes respecto a sus aspiraciones, cuanto por los propios fracasos previos a la hora de plantearse objetivos y no ser capaz nunca de encaminarse hacia ellos.

Lejuez et al. (2001) aprovecha las ideas expuestas por Hayes, Strosahl y Wilson (1999), en su manual de Terapia de Aceptación y Compromiso, para ofrecer un listado de áreas que sirva de guía a los terapeutas al colaborar con los pacientes en la definición de las áreas vitales valiosas y decidir sobre cuáles de estas quieren centrar su trabajo. Esta labor también se puede llevar a cabo con la ayuda del *Cuestionario de Vida Significativa-VLQ* propuesto por Wilson, Sandoz, Ketchens, & Roberts (2010) en el que se incluyen las siguientes áreas vitales, muy solapadas con las que enumeran Hayes y sus colaboradores: (1) matrimonio, parejas, relaciones íntimas; (2) crianza, cuidado y atención a los hijos; (3) otras relaciones familiares; (4) amistad, relaciones sociales; (5) empleo, trabajo significativo; (4) educación, formación, aprendizajes a lo largo de la vida; (5) ocio, aficiones, creatividad y expresión artística; (6) espiritualidad; (7) ciudadanía, comunidad, activismo, altruismo; (8) bienestar físico, salud, nutrición, autocuidado; (9) organización de la vida, manejo del tiempo, disciplina, finanzas, otros. En la versión revisada de su intervención (TACD-R), Lejuez et al. (2011) simplifican y agrupan las áreas en cinco bloques: (1) relaciones; (2) formación/carrera profesional; (3) ocio/intereses; (4) mente/cuerpo/espiritualidad; y (5) responsabilidades diarias. Esta clasificación y estructuración es la que nosotros también proponemos en este manual, por su claridad y pragmatismo. Y estas áreas son las que se incluyen en

los registros del Anexo XII.a. que, completadas con un ejemplo, también se presentan en el Anexo XII.b.

Una vez detectadas esas áreas vitales prioritarias y los valores (objetivos) vinculados a ellas terapeuta y cliente se preguntarán, a fin de determinar su peso en la situación del sujeto: ¿cómo han sido de consistentes sus acciones respecto a estos valores?, ¿cómo le gustaría actuar en cada área?, ¿qué objetivos concretos pueden decidirse a activar en cada área? No necesariamente hay que responder a estas cuestiones en todas las áreas, y, normalmente, es suficiente con perfilarlas en algunas de ellas. Más adelante, de cara a la implementación de la intervención, se concretarán las acciones que supongan un actuar de forma coherente con los valores de las distintas áreas, tal y como presentamos en el capítulo 8.

4.6. Análisis Funcional

Una vez recabada la información desde la entrevista, el registro de actividades, y, también, complementariamente desde los cuestionarios psicométricos y los registros de valores, el terapeuta está en condiciones de formalizar un análisis funcional que explica el mantenimiento de la situación depresiva y, en consecuencia, la línea de trabajo para superarla.

El esquema de análisis funcional de la AC es una concreción –a partir de su marco explicativo– de las variables implicadas en la depresión del cliente concreto y de su forma de responder (se recuerda aquí el enfoque idiográfico de la terapia). El modelo, procura integrar estos factores de forma sencilla y práctica para la intervención, por lo que se restringe a los posibles desencadenantes de la situación depresiva, la respuesta a esos desencadenantes y las conductas que pueden estar manteniéndola. Martell et al. (2010) proponen recurrir a un esquema formado por cinco cajas, que sirve tanto para brindar la explicación del proceso por el que el sujeto ha acabado en la situación depresiva y la perpetúa (y, por tanto, para orientar la futura intervención), como para que el cliente mismo cuente con una estrategia de cara a su tratamiento, pues cuanto más conozca la relación entre antecedentes, respuestas y consecuencias mejor podrá orientar su propia activación. Además, se considera que a mayor aprehensión de este esquema explicativo menores probabilidades de sufrir una recaída. Este esquema de análisis funcional se presenta en la Figura 4.1.

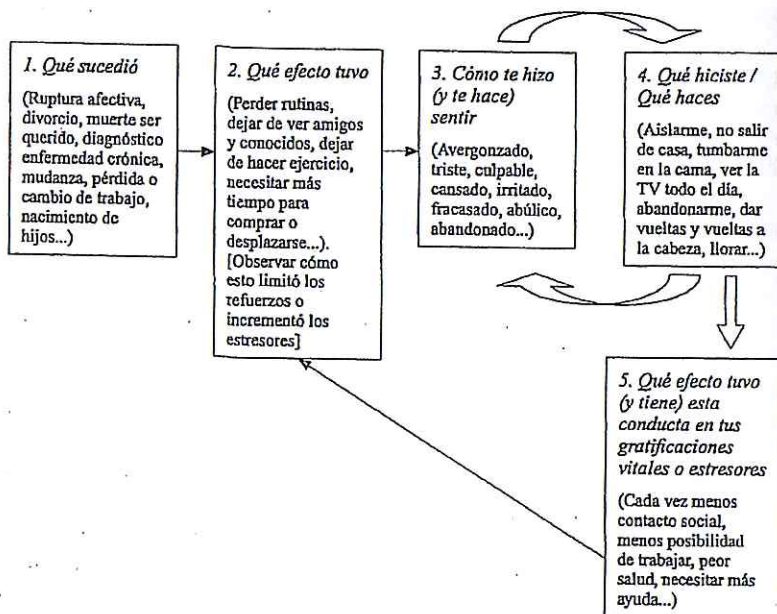


Figura 4.1. Esquema funcional del origen y mantenimiento de la situación depresiva (adaptado de Martell et al., 2010). Se incluyen algunos elementos como ejemplo.

Por medio, fundamentalmente, de la entrevista clínica, el terapeuta puede reunir información para completar las variables relativas a la gestación de la depresión y su inicio (caja 1. *Qué sucedió*), que son concebidos como los problemas primarios. Gracias a los cuestionarios y a la entrevista recaba datos sobre el efecto inicial que tuvo esta situación y el nivel actual del estado anímico (caja 2. *Qué efecto tuvo*, y caja 3. *Cómo te hizo y te hace sentir*). Con el registro de actividad (y, lógicamente, también con la entrevista) deduce qué hace el cliente para perpetuar la situación (Caja 4. *Qué hiciste / Qué haces*, y caja 5. *Qué efecto tuvo y tiene esta conducta en tus gratificaciones vitales o estresores*). En la relación entre las conductas iniciales, sentimientos antecedentes y consecuentes, y conductas posteriores radica la clave del mantenimiento de la depresión. Así, pon-

gamos por caso, a partir de la aparición de determinados sentimientos –por ejemplo, vergüenza por la pérdida del trabajo y el descenso consiguiente de ingresos– el cliente comienza una serie de conductas de aislamiento social (no sale con sus amigos) e intento de rebajar la amargura mediante la distracción (ver programas insustanciales en la televisión y jugar con el ordenador). Pero al mantener en el tiempo y repetir esta forma de actuar retroalimenta los sentimientos de malestar (mayor vergüenza, duda, impotencia, etc.) y las conductas que son su consecuencia (flechas bidireccionales entre la cajas 3 y 4). A su vez, poco a poco, se hace más difícil quedar con los amigos a los que se ha estado evitando y romper con los patrones de alivio inmediato que llevan semanas o meses repitiéndose (flecha a la caja 5).

La consecuencia de todo este proceso es que cada vez resulta más difícil emitir conductas que puedan llevar a la recuperación de un trabajo o a unas relaciones sociales gratificantes. Se intensifican así los estresores y los reforzadores son menores en la vida y se perciben cada vez más inalcanzables (flecha de la caja 5 a la 2).

Si el cliente comparte este análisis, comprenderá la necesidad de dejar de evitar (conductas de la caja 4) para no empeorar su situación, e iniciar, en cambio, acciones que, progresivamente, supongan retomar el contacto con los reforzadores y recuperar así un sentido a su vida. Es decir, empezar por afrontar los problemas secundarios (las cosas que está haciendo que empeoran la depresión), que es lo que está a su alcance para romper el círculo vicioso en que se halla.

En conclusión y de forma elemental: el análisis funcional revelará que la depresión se mantiene porque el cliente evita fuentes potenciales de reforzamiento (que serían antidepresivas), debido a que el contacto con estas es demasiado desafiante, amenazante, doloroso o incómodo en ese momento de su vida. Esta evitación lleva a un alivio inmediato, pero mantiene la depresión a la larga, tanto porque no se experimentan gratificaciones enjundiosas, cuanto porque los estresores vitales empeoran con el paso del tiempo. Por eso, la clave de la intervención radica en ayudar a los clientes a reexperimentar el contacto con las fuentes de recompensa de sus vidas (por medio de la activación de determinadas conductas y la extinción de las acciones que son evitaciones) y volver a vivir una vida que merezca la pena.

Para ayudar a comprender mejor la relación entre antecedentes, respuestas y consecuentes, Martell y sus colegas (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010) se sirven de un esquema clásico de análisis funcional tipo

A-B-C (Antecedentes-Conductas-Consecuencias), donde se incluye la descripción de los antecedentes, que se asocian con las claves ambientales que disparan las conductas, las conductas mismas (las “depresivas”, que son habitualmente la razón por la que el paciente acude a tratamiento) y las consecuencias de esas conductas (que se incrementarán si son reforzadas o disminuirán si son castigadas). Aquí las conductas que tratarán de potenciarse son aquellas que más probablemente conducirán a un contacto con el reforzamiento del entorno, a resolver problemas y a mejorar la calidad de vida en general; en cambio, las conductas que han de disminuirse son aquellas que hacen la vida del cliente más difícil o suponen interferencias en el manejo de las propias necesidades. De forma característica, estas últimas suele ser patrones de evitación. Algunas de estas conductas típicas son: pensar de forma rumiante, dejarse llevar por acciones que son congruentes con un estado de ánimo bajo, pero contrarias a las propias metas, o conductas de escape o evitación, como el beber, jugar a tragaperras, entretenerse horas con vídeos en el ordenador, etc. Todas ellas se perpetúan por reforzamiento negativo, pues aunque a la larga son desadaptativas, producen un alivio inmediato de una vivencia dolorosa. Si los clientes se enganchan en conductas encaminadas a reducir sus sentimientos negativos es más difícil que se comprometan con actos que proporcionan a la larga reforzamiento positivo, sobre todo cuando las conductas alternativas (que acarrearán malestar o incomodidad a corto plazo) no se mantienen lo suficiente o no se repiten con la frecuencia necesaria para que el reforzamiento positivo pueda apreciarse.

Este bloqueo en la espiral de la depresión, producto de las conductas de evitación, y la alternativa para romper con él se pueden presentar didácticamente al cliente por medio de dos acrónimos que ha acuñado la AC: “TRAP” y “TRAC” (Martell et al., 2001). El primero, TRAP (“trampa”), corresponde (en el original inglés) a estas iniciales: T (*Trigger*, “Disparador” o “Desencadenante”), R (*Response*, “Respuesta”), y AP (*Avoidance Pattern*, “Patrón de Evitación”); mientras que el segundo TRAC (K) (“camino” o “vía”) a: T (*Trigger*), R (*Response*), y AC (*Alternative Coping*, “Afrontamiento Alternativo”). Lo que se quiere transmitir es que ante la situación de “entrapamiento” en la depresión a la que conducen los patrones de evitación (repetir o mantener las conductas que se emiten para tener alivio inmediato), el camino de salida, la vuelta a la vía adecuada, pasa por romper con esos patrones (que constituirían los ya mencionados problemas secundarios) y enfrentarse a lo que hasta ese momento se evitaba. En forma de diagrama de cajas, con el ejemplo ante-

rior del hombre que había perdido su empleo, podría presentarse de esta manera (ver Figura 4.2).

Dejando una copia al cliente de este esquema y recordando, a lo largo de toda la terapia, que hemos de volver al “camino”, resultará más fácil implicar al cliente y motivarle para que se atreva a enfrentarse a las situaciones y personas que está evitando. Sobre todo al principio de la intervención, no puede esperarse que el cliente esté motivado y activo, por lo que animarle y proyectarle al futuro, a través del planteamiento TRAP-TRAC, supone una estrategia terapéutica muy práctica.

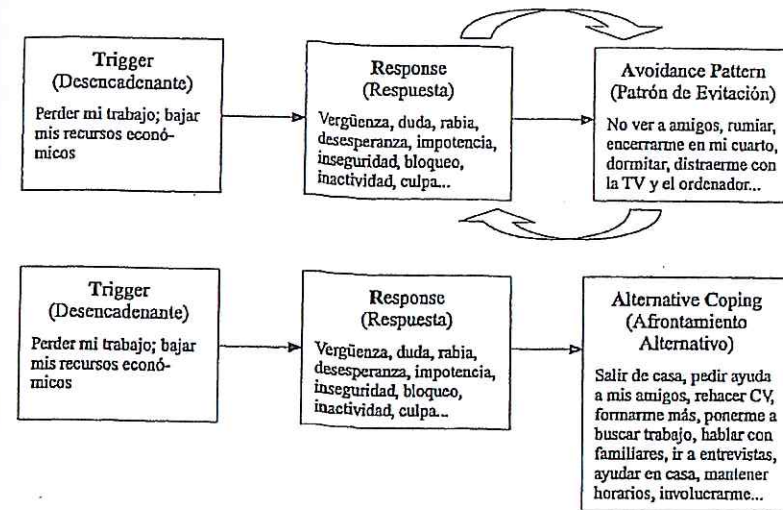


Figura 4.2. Acrónimos TRAP-TRAC: Sal de la “trampa” de la depresión y vuelve al “camino” (Adaptado de Martell et al., 2010).

Por otro lado, el foco atencional del sujeto también ha sido destacado como un elemento importante para perpetuar la depresión. Como ya tiempo atrás señalara Ferster (1973), si ese foco se sitúa en los estados internos

del cliente, se limita la interacción posible con el entorno, lo que supondrá una disminución de la habilidad para aprender de las contingencias ambientales presentes en ese instante. Dicho de otra forma: si no se percibe atentamente el mundo y los cambios contingentes originados por las propias acciones, difícilmente la persona será capaz de emitir conductas potencialmente reforzantes durante suficiente tiempo.

Por descontado, todo esto también orienta respecto a la importancia de apreciar la función de la conducta. Cada vez que se produzca un comportamiento, el terapeuta y luego el cliente deben preguntarse si aproxima o aleja del reforzamiento positivo, y no suponerlo a partir meramente de su topografía (así, no debe creerse de entrada que actividades "gratas" como ir al cine, salir a cenar, hacer deporte, etc. vayan a ser reforzantes, pues es posible que también sean formas de evitación).

Kanter et al. (2009) han comentado que no siempre es necesaria la elaboración del análisis funcional, pues las estrategias de activación simple (primeras estrategias de programación de actividades jerarquizadas, sin inclusión de otras técnicas) tendrán éxito en la mayoría de las personas, pero sí que cobra sentido cuando, a pesar de poner en práctica esta activación simple, los resultados no son los esperados. Entonces, presumiendo que deben estar dándose también conductas de evitación, plantean realizar un análisis funcional del caso. Por otro lado, el tipo de análisis funcional que proponen estos autores se basa en un modelo semejante al propuesto por Martell et al. (2010), en el que se articulan también antecedentes, conductas y consecuencias. Dentro de cada categoría. Kanter et al. (2009) destacan lo siguiente:

1. *Antecedentes*: En los que hay que advertir especialmente los posibles déficits en el control de estímulos del sujeto. De aquí se deriva la importancia de las técnicas de control estimular que se incluyen en algunos casos.
2. *Conductas*: En este caso, centrándose en los posibles déficits de repertorios (esto es, las situaciones en que el sujeto sabe que tiene que poner en marcha determinadas conductas y en qué circunstancias, pero no es capaz de llevarlas a la práctica). En estos casos, la intervención incluirá entrenamientos para la adquisición de habilidades, ya sean concretas, sociales o más generales.
3. *Consecuencias*. Por último, se recomienda diferenciar entre las *consecuencias ambientales* (en particular, qué hacen los sujetos que están alrededor ante las conductas insanas –depresivas– o

cuando el cliente no cumple sus compromisos). Y las *consecuencias privadas o personales* (en especial, el reforzamiento negativo que consigue el cliente. En muchos casos, se evita hacer las tareas de activación encomendadas porque evocan o provocan sentimientos dolorosos para el cliente (al menos a corto plazo).

Como puede comprobarse, aunque con algunas diferencias de matiz, ambos análisis funcionales son compatibles o redundantes, y el clínico puede servirse de cualquiera de los dos para lograr la comprensión funcional del caso y, a partir de esta, diseñar la intervención. Y, con el propósito de mejorar la motivación del cliente, ofrecerle una visión comprensible del análisis funcional, basada en sus propios ejemplos y en las circunstancias que ha vivido y aún vive. Como se habrá comprobado, en los dos análisis funcionales se enfatiza el papel de los componentes contextuales y el concurso de las propias acciones, y se entiende la depresión como una consecuencia lógica de una situación ambiental privada de reforzamiento. Esta comprensión hará más factible el inicio de la intervención propiamente dicha.

5

Habilidades clínicas en la Activación Conductual

Las habilidades que debe desplegar el terapeuta de la AC son comunes, en parte, con las que ya expusiera Beck para la terapia cognitiva de la depresión (empatía, autenticidad, aceptación incondicional) y también con otras sostenidas por alguna de las terapias de tercera generación, como la validación, enfatizada por la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT). Pero, igualmente, son necesarias otras específicas, como la directividad medida, la comunicación específica (respecto al modelo y al tipo de trabajo), la colaboración cliente-terapeuta y una particular capacidad para motivar; esto es, para animar a seguir en la tarea —mantener la activación— aunque aún no se disfrute de un estado de ánimo positivo, en lógica con el modelo que promueve una mejoría “de fuera adentro”: desde el actuar y no desde la recuperación previa.

El clínico que practica la AC trabaja con sujetos deprimidos, hondamente, en algunos casos, por lo que su capacidad para transmitir comprensión de la situación (pues la depresión “tiene sentido” en ese marco vital) y motivar a la acción a pesar de las circunstancias y los sentimientos de desesperanza se consideran ingredientes fundamentales; aquellos sin los cuales resultará imposible conseguir que el sujeto lleve a cabo el registro y monitorización y, más adelante, las actividades recomendadas. A lo largo de este capítulo se comentan con detalle estas destrezas, así como el estilo que el terapeuta de la AC debe adoptar cuando lleva a cabo su intervención.

5.1. Actitudes generales para la práctica clínica con pacientes deprimidos

Para alcanzar sus objetivos terapéuticos cualquier terapia habrá de plantear un correcto análisis de las variables implicadas y decantarse por unas técnicas eficaces, teniendo en cuenta las circunstancias y las características del sujeto; pero nada de esto servirá sin habilidades de parte del clínico. La terapia más eficaz, el análisis más certero y la técnica más poderosa resultan estériles si el terapeuta no ha desarrollado un repertorio de actuación que —en el contexto particular de la clínica depresiva— le permita ser comprendido, motivar al cliente y solventar las dificultades que inevitablemente surgirán a lo largo de la terapia.

Aunque frente a otros modelos la terapia conductual no ha resultado muy pródiga a la hora de desgranar las habilidades adecuadas para el ejercicio terapéutico, es verdad que en las últimas décadas ha explorado en mayor medida esta dimensión de su quehacer. Desde las referencias generales, y algunas otras más específicas de las terapias conductuales de tercera generación (v.gr. Barracá, 2009b), se podría conformar una clasificación de habilidades que, en grandes líneas, acoge: (1) destrezas básicas referidas a la relación terapéutica (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, etc.); (2) habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis); (3) habilidades de acción verbal (saber preguntar, confrontar, ofrecer información o aportar análisis o interpretaciones); (4) habilidades del conocimiento sobre el modelo específico desde el que se trabaja (conductual, sistémico, psicodinámico; y más específicamente, por ejemplo, a la intervención de Barlow para las crisis de pánico; o las propias de ACT, FAP, DBT); (5) competencias en técnicas concretas (por ejemplo, en la Desensibilización Sistemática, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la relajación, etc.); (6) y otras habilidades más generales y difíciles de clasificar (fluidez, flexibilidad, etc.).

Como se ha podido comprobar, integrado en este listado de habilidades terapéuticas se encuentran algunas de las postuladas por Beck y sus colaboradores (Beck et al., 1979). En su conocido manual, Beck comienza por una detallada descripción de estas destrezas que, a su entender, debe exhibir un terapeuta que trate a clientes con depresión. Estas *características deseables del terapeuta*, según la denominación del autor y las que favorecen una buena interacción terapéutica cuando se aplica la terapia

cognitiva, pueden considerarse, sin duda, útiles también para la intervención desde la AC. Se agrupan a continuación: (1) aceptación, empatía y autenticidad; (2) confianza básica o cuidado del *rapport*; y (3) establecimiento de la colaboración terapéutica.

Asimismo, estudiada la dinámica de la terapia cognitiva, resulta evidente que, cuando trata problemas de depresión, un clínico eficaz debe albergar también estas cualidades: (1) saber hacer resúmenes de lo tratado; (2) saber hacer preguntas adecuadas para la intervención; (3) servirse del humor con delicadeza y habilidad, para bien de la situación terapéutica; (4) aprehender el punto de vista del paciente (su “paradigma personal”) y sus propios esquemas que pueden resultar contraproducentes; y (5) ser expresivo, saber explicar su forma de intervención.

Un aspecto importante que tiene que ver con las habilidades generales se refiere al manejo de la ideación suicida. Puesto que hasta un 15% de los pacientes severamente deprimidos mueren por suicidio (cit. por Martell et al., 2010, p. 82), resulta fundamental que los terapeutas consideren y evalúen el tipo de ideas, planes, intentos previos frustrados, o la preparación actual de materiales para acometer el suicidio (objetos, productos químicos, armas, medicación), redacción de cartas de despedida, medidas legales adoptadas, etc., de forma que tengan una percepción cabal del riesgo. Cualquier psicólogo que trabaje con estos clientes deben poseer guías bien definidas de actuación y poner en marcha las estrategias de control (contacto con familiares, ingreso hospitalario, avisos, etc.) si aprecia un peligro real.

Desde la AC, el suicidio es considerado una conducta problema que puede tener una función evitativa (Kanter et al., 2009; Martell et al., 2001) y, por tanto, en el tratamiento se debe plantear la activación de conductas alternativas de forma que no solo se bloqueen los intentos autolíticos, sino que, a la larga, descienda la ideación suicida por el reforzamiento natural y permanente que se logrará por medio de las conductas activadas. Como en el resto de los comportamientos, la AC propugna contemplar las ideas de muerte, lesiones o daño personal de manera funcional, esto es, valorar cuándo y cómo aparecen, con qué propósitos, qué consecuencias suelen tener, etc. Manteniendo siempre el criterio pragmático que esta difícil situación exige (lo importante no es qué tratamiento sea el “verdadero”, sino cuál evita de verdad el peligro), se plantea ofrecer este análisis al cliente, de forma que frente a la evitación definitiva que es la muerte, las conductas alternativas de vida se impongan siempre.

5.2. Habilidades del terapeuta de la AC

En su último manual para profesionales, Martell et al. (2010) dedican unas páginas a describir el estilo que debe exhibir el terapeuta que implementa la AC. De acuerdo estos autores, las destrezas más importantes son: la capacidad para validar los sentimientos del paciente, la actitud colaborativa, la ausencia de prejuicios, el desarrollo de calidez y autenticidad, y el ser capaz de reforzar durante la sesión explicaciones o ejemplos de conductas adaptativas que ofrece el cliente. Se resumen a continuación.

5.2.1. Validación

La validación que plantea la AC corre paralela a la propuesta por Linehan (1993) para la DBT. Básicamente, consiste en demostrar a los clientes comprensión de sus experiencias y de los sentimientos derivados de esas experiencias. Para exhibir esta capacidad de validación, los terapeutas de la AC deben servirse de las típicas destrezas de escucha –clarificación, paráfrasis, reflejo– tanto ante las manifestaciones verbales como ante las no verbales. Con sus propias palabras, el terapeuta debe hacer notar al cliente triste o afectado por algo que se hace cargo del dolor, y que es capaz de contextualizarlo en la historia personal del cliente y en las circunstancias que actualmente vive.

Cuando en el modelo breve de AC de Lejuez y sus colaboradores (Lejuez et al., 2001) se explica al paciente que “la experiencia depresiva es, en muchas ocasiones, una respuesta natural ante la aparición de cambios y situaciones ambientales estresantes. De hecho, la conducta depresiva que en este momento compromete su existencia es probablemente el mejor modo que usted ha encontrado para enfrentarse a las desbordantes circunstancias vitales que sufre” (p. 262), se está también mostrando un enfoque de validación de las experiencias. El terapeuta insiste en que esa manera de sentir y de actuar “tiene todo el sentido”, reconforta al cliente que pensaba justo lo contrario (esto es, que es “absurdo”, que es “una demostración de que hay algo malo en mi cabeza” o “qué es incontrolable porque es un problema genético o biológico”), por lo que valida sus experiencias y le demuestra que son comprensibles y esperables. Estas actitudes terapéuticas en las que se le valida servirán posteriormente para que se acepte y se implique en mayor grado en las conductas de activación que se le propondrán.

Por otro lado, cuando el terapeuta prepara el modelo explicativo y se lo devuelve al cliente rescatará los acontecimientos importantes que este le relató y los asociará al inicio de la depresión. De esta manera, de nuevo, facilita que se le vea como alguien que comprende lo fundamental de las vicisitudes del cliente, que se hace cargo de lo influyentes que pudieron resultar determinados acontecimientos; alguien, en fin, que valida todas esas experiencias personales. Y, al conversar desde esta actitud, adquiere, por la empatía con el cliente, una comprensión más completa y libre de errores de los factores relevantes de la situación.

Validar al paciente también es importante durante el proceso de tratamiento. Entender –y compartir– la lógica de la intervención no significa que no surjan dificultades con ciertas actividades exigentes y que el cliente las abandone a pesar de la programación y el compromiso. De nuevo, el análisis de estas circunstancias supone una oportunidad para exhibir la validación. El terapeuta no adoptará una actitud crítica y no insistirá únicamente en que el cliente haga lo que se acordó, sino que apreciará qué es lo que pudo influir para que no lo llevase a cabo, y demostrará así aprecio por las razones de la persona que tiene delante. Por supuesto, comprender al cliente no significa que no se recupere el camino de la activación a través de la búsqueda de alternativas para retomar las conductas de activación abandonadas, pues de lo contrario se perpetuará la depresión por la inacción que trata de combatirse; pero esta actitud supone también cultivar la flexibilidad respecto a la forma de llevar a cabo esas tareas o de plantearlas.

5.2.2. Actitud colaborativa

La AC insiste reiteradamente en que cliente y terapeuta deben mantener una estrecha colaboración si pretenden conseguir un buen resultado. Hay que recordar que uno de los principios fundamentales de este enfoque es que el terapeuta actuará como un entrenador, en el sentido de que no está en el campo, no es uno de los jugadores, pero sí que su orientación, dirección, capacidad de motivación, etc. resultan clave para que los miembros del equipo ejecuten adecuadamente su labor. La colaboración, por tanto, es la columna vertebral de la terapia de AC, y debe justificarse en la introducción del modelo y a la hora de cumplimentar los registros y monitorizaciones, la programación y realización de las actividades, la agenda de cada sesión, la programación de recaídas, etc.

Como en todo trabajo en colaboración, la confianza mutua, el respeto a la otra persona y el sentimiento de unión, de equipo, son claves. Por tanto, ninguno de los dos puede monopolizar la terapia. Como afirman Martell et al. (2010), el terapeuta es un experto en el tratamiento de activación, pero el paciente lo es en su propia vida; por consiguiente, sin la mutua cooperación es imposible alcanzar las metas del tratamiento. De aquí se deriva que cuando el terapeuta proponga explicaciones para la conducta del cliente, o le haga sugerencias, le pregunte a continuación "¿qué le parece lo que acabo de mencionarle?", o "¿cómo le suena?" Y recabe y considere su opinión. El terapeuta no debe imponer su visión, debe transmitirla y confirmarla o no con el cliente.

Asimismo, para transmitir mejor esa actitud de trabajo en equipo recomendamos que se haga uso mayoritariamente de la primera persona del plural. Así, en vez de emplear fórmulas como: "esto no le ha funcionado", "debe pensarlo mejor", "tiene que actuar de otra manera: a partir del plan y no tanto de la emoción que siente", etc., resulta más conveniente hablar de que: "no nos ha funcionado", "hemos de pensarlo mejor", o "debemos actuar de otra manera: a partir del plan y no tanto de la emoción que sentimos".

5.2.3. Ausencia de prejuicios

Ya Beck advirtió de lo inadecuado de etiquetar al paciente depresivo y de hacer juicios de valor. Dado que se trabaja con personas en esta situación, es corriente que se incumplan las tareas programadas, que haya abandono y dejadez a la hora de completar los registros, que se perciba desatención durante las consultas, falta de involucración al acudir a las sesiones y a seguir la intervención, etc.; y es fácil que algunos terapeutas, frustrados, pongan el foco del problema en el mismo cliente y le acusen, con más sutileza o a las claras, de falta de colaboración, de auto-sabotaje o que achaquen a problemas de personalidad los pobres resultados que se están obteniendo. Sin embargo, cuando se trabaja desde la AC, resulta fundamental desembarazarse de prejuicios y adoptar una actitud pragmática, basada en los hechos que hay delante, libre de hostilidad o críticas hacia los clientes. Los pacientes deben ser validados: quizás cualquier otra persona actuaría así (incluso el mismo terapeuta) si se topase con los mismos obstáculos. Todo ello, en suma, conecta de nuevo con la actitud colaborativa que se mencionaba anteriormente. En vez de hacer responsable al

cliente por sus acciones, y achacar estas a una intención aviesa (consciente o inconsciente) o a factores intratables, lo más práctico es encarar esas circunstancias con un enfoque basado en la solución de problemas y no abandonar esta postura durante toda la intervención.

5.2.4. Desarrollo de calidez y autenticidad

Estas dos cualidades del terapeuta deben ir juntas: ante la persona que sufre por su estado anímico es necesario mostrar una actitud cálida, aunque nunca impostada, o artificial. La capacidad para reconfortar debe surgir de una preocupación genuina por su cliente. Debe también trabajarse la expresividad, de forma que no resulte exagerada, agobiante o confusa para el cliente; que siempre se mantenga dentro del marco profesional y de competencia que el terapeuta ha de respetar en todo momento. No debe perderse de vista que estas destrezas se despliegan para facilitar el proceso, para convertir la terapia en un ambiente social significativo y para favorecer la orientación hacia los objetivos. De hecho, las muestras de calidez y de proximidad por parte de un terapeuta no son solo un apoyo importante para personas con un estado de ánimo bajo, también son útiles para que el cliente se sienta en un ambiente que le permita ahondar y ofrecer más detalles de sus vivencias, lo que de nuevo supone colaboración mutua entre terapeuta y cliente. Un ambiente terapéutico acogedor estimulará que el cliente siga acudiendo a terapia a pesar de encontrarse muy mal en determinados momentos o aunque su progreso no sea tan bueno como esperaba.

5.2.5. Capacidad para reforzar en sesión explicaciones o ejemplos de conductas adaptativas

Por último, Martell y sus colaboradores (Martell et al., 2010), como también hacen Kanter y su equipo (Kanter et al., 2009), señalan que el terapeuta debe buscar ocasiones durante la consulta para reforzar las conductas de activación que se puedan dar en ese mismo momento. Por ejemplo, un cliente que se enfasca con facilidad en su propia rumia puede, en un momento dado, mostrar interés y atención a lo largo de toda la hora de terapia, lo que revela una actitud implicada en la tarea semejante a la que el terapeuta le pide que practique fuera de consulta. Ante esta situación,

un clínico diestro no debe dejar de reforzar —en lógica con su modelo— este comportamiento, pues así se generalizará fácilmente al entorno real del sujeto. Por supuesto, y tal y como preconizan modelos como el de la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), este reforzamiento no debe ser arbitrario, sino natural: debe resultar útil y genuino. Así, en el caso que se acaba de mencionar, cuando el cliente mantiene la atención en la terapia y se implica, el terapeuta no solo dirá que eso está muy bien (reforzamiento arbitrario), sino que también se animará, se involucrará a su vez más, responderá con más atención y entusiasmo, revelará más ilusión por el progreso del cliente, etc. conductas todas ellas que implicarán reforzamientos naturales a la acción previa del cliente.

Esta habilidad supone, naturalmente, un terapeuta siempre despierto, atento, que no pone el énfasis únicamente en lo que se habla de fuera de la sesión, sino también de lo que ocurre dentro, en la sesión misma, y la contempla como una ocasión para poner en práctica la misma AC, para establecer las contingencias entre estímulos, respuestas y consecuentes, para una práctica más directa y con mayores posibilidades de control. En suma, el terapeuta tiene la posibilidad no solo de hablar de activación, sino también de activar en la misma sesión.

5.3. Destrezas para tratar los problemas característicos de la situación depresiva

Aparte de las habilidades generales que planteara ya Beck o Martell y que se han repasado en el epígrafe anterior, sin duda el reto que representa ayudar a un cliente en una situación depresiva exige el desarrollo de unas capacidades terapéuticas específicas que, en este caso, hemos deducido a partir de los planteamientos teóricos del modelo de la AC. En concreto, desde nuestro punto de vista, este trabajo supone poner en práctica en la consulta una directividad medida, una especial capacidad de comunicación específica y un trabajo particular con la motivación.

5.3.1. Directividad medida

Con esta expresión nos referimos a la capacidad del terapeuta para equilibrar de forma dinámica a lo largo del proceso su colaboración con el paciente y las directrices u orientaciones respecto a la monitorización o la

programación de actividades que son necesarias al objeto de lograr la mejoría.

Dado que es muy probable que la persona en una situación depresiva presente dudas y dificultades en la toma de decisiones, el terapeuta deberá, al inicio de la intervención, adoptar una mayor directividad en la que, siempre manteniendo el lógico respeto por los deseos de su cliente, 'tire' más de él y defina en un rango más limitado o estrecho las conductas que debe poner en acción. Sin embargo, dado que se espera que con la activación el cliente gane progresivamente mayor autonomía y capacidad de autogestión, el profesional debe disminuir su directividad, de forma que una mayor parte de las propuestas y los compromisos sean adoptados de forma independiente por el cliente. De hecho, si bien las primeras consultas de la AC son más estructuradas, las últimas, encaminadas a la generalización y a establecer factores comunes entre las conductas problemáticas y su abordaje futuro son mucho más abiertas, lo cual implica esa menor directividad. La agenda de las sesiones es una muestra de esa medida de la directividad y su cambio concomitante: aunque es probable que el terapeuta sea quien la organice al principio, luego, con el progreso de la terapia, se espera que sea el mismo cliente quien acabe decidiendo casi todos o todos los puntos que debe integrarla.

5.3.2. Comunicación ajustada a la situación depresiva

Aunque, por supuesto, una buena capacidad de comunicación es imprescindible en cualquier terapeuta y ante todos los clientes, quiere matizarse en este punto que, supuestas las dificultades de comprensión, atención y memorización que una persona deprimida sufre, el terapeuta ha de intensificar su capacidad comunicativa si pretende lograr una buena comprensión. Más en concreto —y dado que en la AC el modelo explicativo y, en consecuencia, las tareas recomendadas deben comprenderse y compartirse— el terapeuta se extenderá el tiempo necesario hasta que se produzca el discernimiento que permita la colaboración. Ya se explicó anteriormente que, para sus propios autores, la AC se considera un "trabajo en equipo", y esto no es posible sin una comunicación directa, clara y precisa, que genere una confianza especial y una completa libertad a la hora de hablar. Si el terapeuta nota celos, dudas y auto-censuras a la hora de expresarse por parte del cliente, deberá orientar su foco terapéutico a contrarrestar esta situación antes de seguir con el tratamiento en sí.

La comunicación del terapeuta de la AC tiene además que ver con el 'estilo' de su intervención, que no es tanto 'de hablar' como 'de actuar'. Con esto queremos decir que se mantiene un enfoque de solución de problemas y de acción, en vez de uno que da vueltas o que indaga en los problemas, en su posible origen, en sus asociaciones, etc., pues de lo contrario se caería en la misma actitud que perjudica al cliente, en particular en su rumia depresiva.

5.3.3. Capacidad de motivación

Por último, se propone también como una destreza particularmente importante en la AC la capacidad de motivación. Puesto que es consustancial al cuadro depresivo una dificultad para automotivarse y una visión desesperanzada de los esfuerzos por salir de esta tesitura, el terapeuta ha de saber cómo motivar, tanto al inicio como a lo largo de todo el proceso de la intervención. De hecho, los clientes pueden frustrarse notablemente cuando, a pesar de sus esfuerzos y llevar a la práctica determinadas actividades, no se sienten mejor (y puede que, incluso, se sientan peor, al bloquear las conductas de evitación); algo esperable ya que, en muchas ocasiones, solo por un mantenimiento prolongado de las actividades propuestas se obtendrá el reforzador natural que modifique la situación anímica. En estos casos, el terapeuta ha de mostrarse siempre positivo y esperanzado ante el cambio que está por venir.

Una estrategia de la que puede servirse el terapeuta, si las acciones que se promueven no están aportando ninguna mejoría, consiste en aprovechar esa información y transmitir al cliente que aprendemos más de nuestros fracasos que de nuestros éxitos. Reconocer que algo no ha funcionado (aunque, *a priori*, creíamos que le ayudaría), aporta información fundamental para reconocer que hemos de cambiar de estrategia, ser flexibles, y comenzar con otras conductas diferentes, seleccionadas a partir del conocimiento que se acaba de adquirir. Esta manera de "mantener el optimismo" (en palabras de Beck) es, sin duda, uno de los capitales del terapeuta que trabaja con personas que padecen estas situaciones.

Un punto donde la motivación resulta fundamental en la aplicación de la AC tiene que ver con la asignación de las tareas. Para empezar, la misma expresión "tareas" o "tareas para casa" resulta aversiva para muchos clientes, en especial en una situación depresiva. Por esta razón, es mejor hablar de 'asignación de actividades entre sesiones' y recalcar el aspecto

colaborativo y de experimento que poseen estas actividades. No hay que olvidar que, aunque estas tareas son básicas para la mejoría de los clientes, al mismo tiempo representan una dificultad por lo "pesadas" que les pueden resultar. Y, por qué no afirmarlo, también para el terapeuta que debe centrarse en su asignación, control, estructuración progresiva, etc. No cabe duda de que muchas veces la misma exigencia de su elección, preparación, organización, e incluso el fastidio que puede suponer para algún terapeuta este tipo de actividad puede llevar a que no se les presten la atención que requieren. Es, ciertamente, una habilidad clave del terapeuta saber graduarlas, ser realista en su prescripción; y saber también que necesitan tiempo para ser explicadas, valoradas en su continuidad o progresión. Además, es fundamental no cambiarlas de una sesión a otra, tener en cuenta su tipo o naturaleza, o saber afrontar la falta de interés que el cliente puede sentir hacia ellas, etc. Naturalmente, un buen terapeuta tampoco se mostrará muy rígido y se impondrá por encima de los deseos del cliente que no las puede asimilar o las rechaza abiertamente. Como este tipo de trabajo del terapeuta es tan importante en la AC y resultan tan comunes los problemas en él, en el capítulo 8 se presentan distintos métodos para hacer frente a estas dificultades.

5.4. Otros aspectos de las habilidades de la AC en casos particulares

Como en toda intervención no estrictamente protocolizada, la AC requiere de flexibilidad por parte del terapeuta, de forma que pueda acomodarse a cada caso. No obstante, el carácter marcadamente idiográfico de esta terapia tiene en sí mismo el germen de la solución para ajustar sus componentes a cada situación y a cada persona. Justo por eso se plantea aquí que otra habilidad del terapeuta de la AC consiste en esa disposición para adaptar la terapia, en particular si las personas a tratar pertenecen a minorías étnicas, religiosas, sexuales, etc.

En todos estos casos, la AC se ha puesto ya en práctica, y puede encontrarse bibliografía de su aplicación en latinos, afro-americanos, personas de ámbito rural; así como sujetos con discapacidad cognitiva; con distintos tipos de cáncer y otras enfermedades; consumidores de drogas ilegales; con obesidad; con trastornos de la personalidad; y en un amplio rango de edades, desde la adolescencia hasta la ancianidad. Ejemplos de adaptaciones a todos estas modalidades pueden encontrarse en el capítulo 10 de este libro.

Desde nuestro punto de vista, la capacidad de acomodación del modelo mismo de la AC es una de sus mayores virtudes. A diferencia de lo que sucede en determinados protocolos de intervención, en la AC no se estipulan unas tareas de activación concretas o se estiman unas como las adecuadas (y otras no), lo que acarrearía rigidez y problemas de ajuste con algunas personas. La función de reforzamiento depende de cada cliente, de aquí el valor del análisis funcional que se lleve a cabo. Hay que recordar que la AC ve en el contexto del sujeto el origen del problema y no en determinados estamentos intrapsíquicos. Por consiguiente, ese análisis contextual es imprescindible en todas las circunstancias, lo que quiere decir que será necesario familiarizarse con el marco cultural del paciente y entender sus valores a partir de este y, así, poder explicar qué conductas —quizás con una topografía que pueda inducir a engaño— son afrontamientos y cuáles, por el contrario, son evitaciones que el tratamiento procurará extinguir.

6

Técnicas de intervención en la Activación Conductual

Las técnicas que se emplean en la AC son ampliamente conocidas en la tradición de la modificación de conducta. Precisamente, una de las bondades de la AC radica en que se ha decantado por métodos de probada eficacia y de sencilla aplicación. Neil Jacobson, *alma mater* del modelo, sostuvo siempre que la mejor práctica clínica consistía en diseñar intervenciones fáciles de diseminar entre el colectivo profesional, con pocas técnicas de máxima eficiencia y cuya correcta aplicación resultase segura. Una de sus divisas —“menos es más”— hacía referencia justo a esto: la selección de aquellos procedimientos que reunían la máxima utilidad con la mínima complejidad. Las terapias no son mejores por contar con modelos explicativos complejos, muchas fases muy estructuradas, o un conjunto amplio de técnicas (especialmente, si son dominadas solo tras un largo entrenamiento); al contrario, huir de las “terapias barrocas” sería el ideal. Los terapeutas con experiencia saben que se obtienen mejores resultados insistiendo en pocos procedimientos, pero en los que el cliente ahonde, que cambiarlos tras breve tiempo y no disponer de oportunidades para que el cliente los asimile. Una terapia en la que en pocos días se quiera enseñar técnicas de relajación, estructuración del tiempo, control estimular y reestructuración cognitiva no puede proporcionar resultados.

Las distintas técnicas de la AC se diferencian por su peso en la terapia. La programación de actividades (jerarquizadas, si es necesario), que sirve para recuperar el contacto con los reforzadores naturales, es el procedimiento fundamental que se incluye en todos los casos y conforma la columna vertebral de la intervención. De forma complementaria, también se incorpora la extinción de las conductas de evitación, siempre que estas

no desaparezcan con la misma programación (a veces, la extinción se puede orientar con un procedimiento simplificado de solución de problemas). De forma ya menos frecuente, se recurre en algunos casos al reforzamiento positivo (auto-reforzamiento y hetero-reforzamiento, que se formaliza a través de contratos conductuales). Y si los déficits conductuales impiden o hacen muy difícil obtener los reforzadores naturales, se entrenan secuencias básicas de habilidades sociales, de ensayos mentales o se usa el desvanecimiento (de las ayudas y facilitaciones del terapeuta o de familiares). En el caso de que el pensamiento rumiante impida un buen contacto con los reforzadores, se recurre a la "atención a la experiencia" (que se sirve del mindfulness y/o de otros procedimientos).

6.1. Programación y estructuración de actividades

La programación de actividades es la técnica fundamental de la AC. Se trata de un procedimiento similar al propuesto en la terapia cognitiva de Beck ("asignación de tareas graduadas", Beck et al., 1979) como primer paso en la intervención con pacientes severamente deprimidos y, por tanto, antes de que se incorporen las técnicas cognitivas a las que sirve de preparación. Hoy en día, las investigaciones de Jacobson y sus colaboradores sobre los componentes realmente efectivos de la terapia cognitiva (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996) y revisiones meta-analíticas más recientes (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007) han dejado claro que, de toda la variedad de técnicas empleadas en el trastorno depresivo, la programación de actividades es el método más efectivo, además del más eficiente por su sencilla implementación y su bajo coste. Por tanto, más que una técnica previa o de preparación, como creía Beck, puede estimarse como el procedimiento esencial para que los clientes rompan con su situación depresiva. Dada su importancia nos extenderemos más pormenorizadamente en su explicación y los procedimientos para ponerla en práctica de la forma más efectiva.

La programación de actividades se deriva del registro de actividad que se describió en el capítulo de evaluación, pero también tiene en cuenta la información del análisis de los valores del cliente. La observación del registro suele revelar de forma nítida que existe una estrecha relación entre el tipo de actividad desplegada (y también de su intensidad o frecuencia) y el estado de ánimo o los sentimientos. Justamente, establecer

esta relación es uno de los principales objetivos de la monitorización pues, de esa forma, se captará mejor la base de la AC y se estará más dispuesto a seguir la lógica que se desprende de esta asociación (hay que hacer determinadas conductas a fin de encontrarse bien). Cuando alguien se siente deprimido le resulta difícil apreciar las sutiles mudanzas de humor que pueden darse, como consecuencia de los cambios en las circunstancias de alrededor y en las acciones que uno lleva a cabo. El humor depresivo parece constante, invariable e independiente de todo, pero no lo es en absoluto. Observar estos cambios, aunque sean pequeños, repasando junto con el terapeuta las actividades del registro, es la manera de preparar al cliente para la fase de intervención: la elección de actividades que se programan para mejorar el estado anímico.

A pesar de su aparente simplicidad, una programación de actividades que funcione es un trabajo muy delicado y todo un arte terapéutico. En primer lugar, porque la pérdida de interés por las cosas, la pasividad, la falta de energía y el aislamiento son los sentimientos más característicos de un sujeto en esta situación. Pero también porque exige tener en cuenta un conjunto de variables no siempre fáciles de controlar: los cambios en el estado anímico, la historia de aprendizaje y la forma de actuar del cliente, las circunstancias ambientales de apoyo (o lo contrario) del entorno social, etc. Por todo ello, para garantizarse el éxito al programar las tareas —tan necesario, sobre todo, en las primeras propuestas— resulta de gran ayuda organizar las actividades de acuerdo con el decálogo que a continuación se describe y que debe estar siempre presente en la mente del terapeuta:

6.1.1. Enfatizar la importancia de hacer

Lo primero, para motivar a alguien a llevar a cabo las tareas programadas debemos ayudarle a entender el primer principio de la AC: "La manera de cambiar cómo se siente alguien es ayudarle a cambiar lo que hace" (Martell et al., 2010, p. 22). Como la experiencia común indica, y la psicología de la motivación y emoción profusamente ha demostrado, las emociones tienden a empujar acciones coherentes con ellas y que las perpetúan ("las emociones se quieren a sí mismas", explica Linehan). Así, alguien desanimado tenderá a seguir haciendo aquello que le mantiene desanimado. Por esta razón, desde la AC se trata de enseñar que una posibilidad para cambiar esto consiste en tomar una postura "de fuera adentro", en vez de la típica "de dentro afuera" (Martell et al., 2001). Es decir, que, en vez de

actuar de acuerdo o coherentemente según uno se siente ("como no tenía ganas, no he ido a la compra"), hay que hacer justo lo contrario: llevar a cabo acciones para alterar cómo uno se siente ("he ido a la compra, para animarme"). Esto significa hacer cosas a pesar de que no apetezcan e, incluso, de que uno no confíe en que vayan a tener un efecto positivo en su ánimo. Por supuesto, no se trata solo de hacerlas una vez, eso no garantiza el cambio; pero sí la repetición y el mantenimiento de la actividad el tiempo suficiente.

6.1.2. *No creer que se está siendo un "timador".*

Planificar las actividades de acuerdo con un plan y con un estado de ánimo

Sin embargo, es muy probable que si esto se plantea como se acaba de enunciar, el cliente piense que está fingiendo, actuando como "un tramposo", "un falso" o "un timador" puesto que estará empeñándose en algo o relacionándose con gente, aunque su ánimo sería el de estar ensimismado, pasivo y recluso. Sin embargo, frente a esta duda cabe argumentar que el cliente está actuando según lo decidió en un momento dado, en un momento, probablemente, de mayor lucidez respecto a qué es lo mejor para él y qué desea a la larga. Los sentimientos de aislamiento y apatía pueden entenderse como un escape o evitación de algo doloroso o difícil, pero no reflejan lo que, en el fondo, alguien persigue. De forma análoga, se podría esgrimir que alguien que va al médico para que le realice una cura desea evitar el dolor de la intervención (y, en un momento en que el facultativo le está haciendo daño, retire el miembro que le están curando), pero lo que en realidad desea es restañar su herida. Ir al médico para que le intervenga supone actuar de acuerdo con un plan —que es el mejor para él y por tanto lo que en realidad pretende— aunque los sentimientos de molestia, fastidio, miedo, dolor, etc. le llevarían a alejarse del hospital. Por esta razón, cuando se prescriben las actividades (por ejemplo, hacer deporte durante 15 minutos, encargarse de la compra en el supermercado, redactar el informe, salir a cenar con unos amigos, jugar media hora al fútbol con su hijo, etc.) hay que animar al sujeto a que lo lleve a cabo con independencia de que justo antes de empezar se sienta triste, apagado, sin energía, sin verle sentido, culpable, hundido, con deseos de desaparecer, etc. La repetición de las actividades conducirá a la larga a un cambio en esos sentimientos.

Además, el clínico puede sugerir lo deseable que es para las personas con las que se encuentra o a las que aprecia (mujer, amigos, hijos) el que se le vean haciendo esas actividades.

6.1.3. *Empezar poco a poco y graduar las actividades extensas de acuerdo con los pasos en que se pueden dividir*

Es fácil que, esperanzados por la perspectiva de recuperarse, algunos clientes quieran comprometerse con actividades muy extensas temporalmente, vigorosas o que impliquen un notable esfuerzo. En estos casos, el terapeuta debe transmitir —sobre todo al principio del tratamiento— que tal actitud puede tener una contrapartida, pues si no se logra alcanzar el cien por ciento de lo planificado la frustración posterior podría empeorar su ánimo. Empezar muy poco a poco, sobre todo con los pacientes más deprimidos, resulta mucho más prudente y es lo que el terapeuta debe recomendar. Por tanto, si un cliente quiere recobrar su forma física y, aunque lleva varios meses sin haber hecho ningún ejercicio, se propone volver a correr en la cinta del gimnasio, como solía, una hora cada día, habrá que invitarle a que programe tiempos mucho más breves y no todos los días a la semana. Se trata, en suma, de tener en cuenta la línea base de la que se parte.

Por otro lado, las actividades que son extensas o poseen muchos pasos deben programarse descomponiéndolas en tareas más específicas que son más sencillas de abordar. Por ejemplo, en el caso del cliente que quiere volver a ponerse en forma, lo primero que el terapeuta debe saber es si posee el material deportivo para comenzar esa actividad, si tiene que volver a pagar la matrícula del gimnasio, si aún tiene el tiempo del que antes disponía, si van a volver a acompañarle sus compañeros, si siguen disponibles las plazas en las clases colectivas que frecuentaba, etc. Y programar, como tareas progresivas a llevar a cabo, todas estas cosas; de este modo, le encomendará para la primera semana tan solo comprar la ropa deportiva, pasarse por el gimnasio, llamar a los compañeros que le acompañaban antes, etc. Otro ejemplo característico es el de la persona que ha abandonado hace tiempo su rutina de organizar los papeles de su despacho y ve ahora una montaña de facturas, recibos, cartas del banco, notas de temas pendientes, etc. que le abruma. El terapeuta deberá entonces seleccionar solo un tipo de actividad y proponerla (por ejemplo, únicamente separar las cartas del banco de los otros papeles) o decidir un tiempo limitado a diario para acometer esta labor (por ejemplo, solo media hora cada día).

6.1.4. *Concretar la frecuencia, duración, intensidad, los días y horas en que se llevarán a cabo las actividades, y otros detalles si es necesario*

En la técnica de programación de tareas debe tenerse también en cuenta que la concreción y el detalle para hacer la actividad facilitará en gran medida su observancia. Es muy recomendable que cuando el cliente salga de la sesión tenga claro cuántas veces llevará a cabo la actividad y qué días y horas son las dispuestas para ello. Estos detalles se habrán tratado en la consulta para evitar posibles inconvenientes o problemas que previsiblemente surgirán. Así, por ejemplo, en vez de decidir, sencillamente, que antes de la próxima sesión el cliente irá a pasear, habrá que dejar determinado: qué días serán los de ese paseo (por ejemplo, lunes y miércoles), a qué horas (de 10 a 11), durante cuánto tiempo (30 minutos), si se hará solo o acompañado, qué trayecto se recorrerá, e, incluso, qué ropa o calzado se empleará. Como se puede comprobar, la planificación se centra en conductas definidas de forma operativa, de modo que su cómputo o registro sea posible o claro. Si las conductas no están bien definidas o concretadas (por ejemplo, se prescribe comportarse de forma más activa, estar más sociable, ordenar la casa, etc.) no será posible afirmar si se han llevado a cabo o no, o en qué grado.

Para facilitar el cumplimiento, se apuntará en la hoja de registro o en una agenda o en un calendario (de papel o electrónico), siempre de la forma que sea más conveniente para el cliente. No obstante, si el cliente se ha familiarizado ya por su monitorización con los registros de la AC (ver Anexo I y II) será muy práctico recurrir a estos. Todo esto volverá más fácil que el cliente lo haga con independencia de su estado anímico, tal y como se indicó en el segundo punto. De hecho, se recalcará que es conveniente que la tarea se cumpla tal y como está programada (en el día, la hora y las circunstancias apuntadas).

A veces, la programación puede implicar a otras personas (familiares, amigos, vecinos), lo que puede suponer una ayuda para su cumplimiento. De hecho, contar a otras personas el plan es una estrategia muy recomendable, pues fomenta mayor compromiso. Además, puede conferir un cariz más positivo a una actividad menos gratificante que si se acomete solo, pues para determinados clientes, por ejemplo, pasear, ir al gimnasio o quedar a comer pueden tomarse actividades mucho más agradables si se hacen acompañado por un hermano o amigo. Igualmente,

te, poner la siguiente consulta pronto después de la realización de la actividad programada es otra manera de favorecer la implicación.

6.1.5. *Iniciar la programación por actividades que pueden tener un reforzamiento más cercano, aunque también se planifiquen las que lo tendrán a la larga*

Aunque la mayoría de los clientes depresivos se programan de acuerdo a cómo deberían encontrarse o considerando de qué deberían ser capaces, lo mejor es que el terapeuta tenga en cuenta de qué son capaces realmente en ese momento y no en un supuesto futuro en el que gozarán de más energía, más capacidad de decisión, mayor auto-motivación, etc. Orientarse hacia metas específica y pequeñas o breves en el tiempo (aunque formen parte de una tarea mayor) aumenta las probabilidades de cumplimiento con independencia del estado anímico y, sobre todo, puede dar una sensación de avance o logro que resulta crucial para contrarrestar la situación depresiva.

Dadas las limitaciones que va a tener el sujeto para acometer tareas que, a la larga, facilitarán el pretendido contacto con las fuentes de reforzamiento pero que, a la corta, van a resultar difíciles o enojosas, el terapeuta programará actividades cuyo fruto sea lo más inmediato posible. Así, por ejemplo, es recomendable incluir alguna actividad como arreglarse, irse a cortar el pelo, pasear al perro, hacerse la propia comida, dar un paseo de 20 minutos, comprar algo sencillo, etc. (si todas ellas antes eran habituales), pues es fácil que estas actividades generen pronto una sensación positiva.

No obstante lo dicho, una buena planificación de la terapia entraña incorporar actividades que, progresivamente, impliquen más tiempo y esfuerzo, y cuyo reforzador llegue al cabo de un intervalo temporal mayor. De este modo, se evitarán dos problemas: (1) que después de lograr las primeras actividades sencillas y repetirse acaben volviéndose hábitos y pierdan parte de su capacidad de reforzamiento; y (2) que la sensación de avance o progreso siga produciendo y refuerce así el estado anímico. Así, en suma, a las acciones que refuerzan rápidamente y por la emisión de pocas conductas, deben seguir otras más complejas o amplias (por ejemplo, el aprendizaje de un baile, un arte marcial o de la fotografía, la recuperación de un trabajo, una actividad laboral independiente).

6.1.6. Plantear las actividades en forma de continuo y no de "todo o nada"

Como el incumplimiento de las tareas programadas provoca una gran frustración en los clientes y facilita la perpetuación o incluso el agravamiento de su depresión es importante relativizar la falta observancia que se dé en algunos momentos, sobre todo si, al menos en alguna medida, se ha acometido la tarea. Además, hay que considerar el concurso de circunstancias que hayan hecho más difícil el cumplimiento. El terapeuta destacará estos inconvenientes, y los tendrán en cuenta para la futura planificación. Resulta importante aprender de la dificultad y, por ejemplo, descomponer en pasos más pequeños y más fáciles la actividad que no pudo realizarse como se había pensado.

6.1.7. Apostar por las actividades que tendrán reforzamiento natural, aquellas asociadas a los valores del sujeto

No se trata solo de estar activo, de recuperar acciones o de hacer cosas supuestamente agradables. Una terapia para la depresión de alguien que ha perdido el trabajo no puede consistir únicamente en que se le ayude a encontrar otro trabajo; y, de hecho, se ha demostrado que volver a trabajar no conduce a una recuperación de los niveles previos de satisfacción (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004). El tratamiento debe incluir mucho más que simplemente estar ocupado. La actividad por la actividad no es el objetivo de la AC, aunque en algunos casos, y en un principio, el hecho de finalizar una tarea no reforzante (por ejemplo, ordenar el cuarto) también aporta una satisfacción por el deber cumplido. No obstante, son las actividades asociadas a aspectos importantes de la vida del sujeto las que deben incluirse mayoritariamente en la programación de actividades.

Por esta razón, en la fase de evaluación se indicaba la utilidad de evaluar los valores de la persona, por medio de la entrevista y también complementariamente siguiendo los listados propuestos (ver capítulo 5); en especial, si resultaba claro que estos valores se habían truncado por la situación depresiva. Así, por ejemplo, si una persona manifiesta que una de sus grandes congojas es no actuar como un padre cariñoso y estar presente, porque ahora se aísla de sus hijos, tiene todo el sentido que una de las tareas de activación consista en aumentar el tiempo de contacto con

ellos. Si para otro cliente ir a la ópera era algo enriquecedor y de lo que disfrutaba, debe programarse el volver a acudir a las funciones.

Hay que notar que, en ocasiones, la subdivisión en tareas pequeñas puede llevar a perder la perspectiva sobre el encaminarse hacia esos valores, y que el terapeuta debe recordar al cliente (o facilitarle ese recuerdo mediante notas, escritos, etc.) el fin último de la actividad. De este modo, por ejemplo, para un estudiante deprimido que desea ejercer la abogacía, programar la vuelta a clase, la compra de libros, el estudio de determinado examen de una asignatura que "tiene atragantada" puede resultar muy difícil; pero si el clínico le conecta con la dirección a la que le lleva todas esas actividades (ser abogado) facilitará la motivación que requiere.

Las tareas que más pronto tienen un reforzador natural son siempre las más recomendables para comenzar la activación. Así, el contacto con amigos muy estimados puede resultar muy comprometido para un sujeto hondamente deprimido, pero es fácil que, tras unos pocos intentos, estas conductas reporten gran satisfacción. Por eso, el terapeuta las intercalará con otras cuyo reforzador natural puede ser difícil o tardar en llegar (imáginese el caso de actualizar un currículum vitae, o el inicio del estudio de un idioma). Preguntar a la persona qué solía él hacer a gusto cuando no estaba deprimida es una buena manera de detectar este tipo de actividades cuyo reforzador natural se alcanza más directamente.

6.1.8. Elegir actividades variadas, de un amplio abanico

De acuerdo con las orientaciones de Lejuez y sus colaboradores (Lejuez et al., 2001; Lejuez et al., 2011) a la hora de elegir las actividades que se incorporarán es preferible cubrir distintas áreas vitales y tener en cuenta un amplio abanico de dificultad y tiempo (desde las actividades más sencillas y que se pueden hacer inmediatamente, para las primeras semanas, hasta otras más complicadas y que pueden requerir pasos intermedios, en las últimas). Si el terapeuta y el cliente se inclinan solo por un ámbito de activación —v.gr. únicamente por actividades de físicas (correr, limpiar la casa, asearse, pasear, etc.) o únicamente las vinculadas al ámbito laboral (actualizar el currículum, mirar portales de búsqueda de empleo, contactar con personas que pueden ayudar a encontrar trabajo, etc.) se arriesga a que el fracaso en esa área arrastre el malestar del cliente. Como se suele decir coloquialmente, "se han puesto

todos los huevos en la misma cesta". Y, en el mejor de los casos, si tiene éxito, otros aspectos de la vida del cliente podrían no recuperarse. En suma, siempre resulta conveniente que a los aspectos de movilización, se unan los relativos a las relaciones sociales y familiares, los que tienen que ver con la actividad laboral, con el ocio y las aficiones, con la estimulación cognitiva (lectura, películas, música, etc. si han sido abandonadas) o con otras áreas que pueden resultar importantes para la persona, como la implicación comunitaria, los temas de salud, de trascendencia, de mejoría física o psicológica, etc. Como se verá, se recuerdan aquí las distintas áreas vitales y se priorizan las más valoradas por el sujeto.

6.1.9. Facilitar el trabajo a través de registros ya preparados con las actividades

De la misma forma que el terapeuta de la AC facilita un registro claro para recabar las actividades del sujeto en su fase de evaluación, debe trasladar las tareas de activación programadas a un registro que resulte claro, fácil de comprobar y versátil, por si se necesita acomodar a distintas circunstancias. Es bueno que en estos registros resulte factible añadir algún aviso que motive u oriente. Por ejemplo, si un cliente ha escrito que a las 10.00, el domingo cortará el césped de su jardín, puede ser bueno que añada "sin importar el tiempo que haga o aunque a esa hora no me apetezca, esté cansado o desanimado". En general, las hojas de registro generales de días y horas son bastante prácticas para esta función. En los anexos VI y VII se incluyen ejemplos de registros en el que aparecen programadas las actividades de la semana y del día, seleccionados para dos tipos de pacientes.

A veces, además de servirse de registros, el terapeuta puede añadir claves, avisos, recordatorios o pistas con el objetivo de no olvidar las tareas programadas en la consulta (es decir, incorporar la técnica de control estimular). Los avisos en el calendario del móvil son un recurso práctico, pero también se pueden emplear *post-it*, notas colocadas en distintos sitios de la casa, avisos de otras personas que quieren colaborar, etc. Hay que entender que, en muchas ocasiones, el incumplimiento de las tareas no es consecuencia de una dificultad o falta de deseo para acometerlas, sino de descuidos, olvidos o despistes.

6.1.10. Revisar siempre las tareas y conferirles la importancia que poseen

Para que el cliente siga motivado durante la realización de las actividades debe comprobar que el terapeuta les confiere importancia y, de hecho, constituyen una parte fundamental de cada sesión. Un terapeuta que se empeñe en asignar tareas y luego no las revise adecuadamente, extinguirá, de acuerdo con los mismos principios conductuales, el cumplimiento. El reforzamiento que otorga la realización de la tarea —y que, naturalmente, es lo buscado al cabo— no debe hacer olvidar que una felicitación genuina por parte del terapeuta también es algo inmediatamente motivante.

6.2. Extinción de las conductas de evitación

Aunque muchas de las actividades programadas contrarrestarán directamente la evitación —así, por ejemplo, proponer que el paciente se levante a las 10.00 y dé un paseo de 20 minutos se opone a la conducta de evitación de quedarse en la cama y no ver a nadie—, en ocasiones el terapeuta de la AC debe hacer un trabajo específico para deshacer las conductas evitativas que mantienen la situación depresiva.

De acuerdo con el modelo contextual de la depresión conviene diferenciar entre unos problemas primarios que desencadenaron la depresión, y otros secundarios, que se derivan de los patrones de evitación (y que, en algunos casos, exacerban los mismos desencadenantes de la depresión). Por esta razón, una de las labores más importantes del clínico consiste en extinguir estas conductas tan contraproducentes para la recuperación del ánimo. Aquí tendrá especial sentido recordar al cliente el análisis funcional y los acrónimos TRAP-TRAC para ilustrarle la necesidad de cambiar su actuación evitativa.

Por supuesto, las conductas de evitación se definen por su función, no por su topografía. Por consiguiente, aunque lo más característico es ver las evitaciones en conductas pasivas (aislarse de amigos y conocidos, quedarse en la cama, ver la TV de forma inatenta, jugar con el *smartphone* o el ordenador, beber en exceso, fumar "porros", etc.), en ocasiones, llevar a cabo actividades muy variadas, hacer mucho deporte, quedarse en el trabajo horas y horas, encadenar viajes, cenas o reunirse con multitud de personas pueden representar igualmente formas de evitar acometer tareas

necesarias, estar en contacto con la pareja o la familia porque se tienen problemas en casa, agotarse físicamente y no tener tiempo material para justificar el no acometer determinadas obligaciones, etc. De hecho, podría decirse que todas las conductas de evitación son formas (infructuosas, a la larga) de enfrentarse a la depresión y a los propios problemas. Por eso, observar el alivio inmediato que a los clientes les produce enfrascarse en esas actividades (a pesar de que luego les frustren o les cansen) para escapar de otras es una manera de detectarlas y catalogarlas correctamente como evitaciones.

La manera específica de trabajar la extinción de conductas de evitación sigue unos pasos. Lo primero es concretar las conductas de forma operativa (qué se está haciendo en concreto) para, a continuación, procurar deshacerlas por medio de un enfoque de solución de problemas. Sin embargo, a diferencia de la más conocida terapia de solución de problemas sociales (D'Zurilla & Goldfried, 1971; D'Zurilla & Nezu, 1999), la idea no es tanto enseñar al cliente la técnica de solución de problemas sino, directamente, en diálogo con él, proponer soluciones para esos problemas y hacer un plan para llevarlas a la práctica. Primero, el terapeuta formulará operativamente la conducta de evitación; luego, ya junto con el cliente, tratará de plantear soluciones alternativas; seleccionarán la que posiblemente sea la mejor (o mejores); y, por último, concretarán el plan de acción para llevarla a la práctica (cuándo, cómo, con qué ayudas, etc.).

Así, pongamos por caso, si un cliente menciona que siempre acaba quedándose en la cama toda la mañana a pesar de haber programado salidas y actividades fuera; el terapeuta, en colaboración con el cliente, podría considerar varias alternativas para contrarrestar esa situación, por ejemplo, quedar a una hora con un amigo que le esperará en la calle; colocar despertadores a distintas horas de la mañana y en varios sitios de la casa, lejos de su alcance; empezar por una actividad muy grata justo al despertarse (por ejemplo, que le hagan llegar de un bar cercano un desayuno muy apetecible); recibir una llamada de un amigo que lo entretendrá media hora; visitar un monumento de la ciudad por el que luego el terapeuta le preguntará; etc. Finalmente, deducirán lo que se necesita para ejecutarla (hablar con la amiga o el amigo, preparar los despertadores, hablar con la cafetería, seleccionar la visita, etc.) y decidirán la fecha de inicio. Estos pasos y estas conductas deben incluirse con el detalle necesario en la hoja de programación de actividades.

Martell et al. (2001) han sugerido una forma práctica para que el cliente ponga más fácilmente en marcha esta estrategia de solucionar sus

problemas y se auto-motive. Consiste en recordar una acrónimo – “ACTION”– cuyas letras son las iniciales, en el original inglés, de seis palabras que ayudan a tener en mente los pasos a seguir: *A: Assess* (Evaluía), *C: Choose* (Elige), *T: Try* (Prueba), *I: Integrate* (Integra), *O: Observe* (Observa), *N: Never give up* (Nunca abandones). De esta manera, evocando ésta “ACCIÓN” –que estimula, por su mismo significado semántico, a actuar, a ponerse en marcha– el cliente tendrá siempre presente una guía eficaz para hacer frente a su evitación. En el Anexo VIII, incluimos un registro con el significado de este acrónimo para que el cliente se sirva de él, pueda apuntar sus alternativas, llevarlas encima y recordarlas cuando sea preciso. En un principio, terapeuta y cliente podrán redactar juntos el contenido, luego el cliente podrá seguir empleando este recurso de forma autónoma cuando lo estime oportuno, incluso después de finalizada la terapia.

El terapeuta debe valorar en cada caso la pertinencia de enseñar el acrónimo, que puede ser más práctico para clientes organizados y que desean contar con un plan bien formalizado cuando se encuentran ante problemas en los que dudan, o a los que cuesta llevar a la práctica lo que han decidido. Debe tenerse presente que las personas en un estado depresivo tienen más dificultades para planificar, buscar alternativas o tomar decisiones, por lo que, al menos en un primer momento, el terapeuta al actuar de forma más directiva sugiriendo esta estrategia, y el cliente, al dejar por escrito sus alternativas, adoptan una medida adecuada teniendo en cuenta las circunstancias actuales.

Cuando el terapeuta se enfrenta al problema de contrarrestar las conductas de evitación hay que mostrar una comprensión especial y una actitud de validación. Si la evitación es algo natural en el ser humano, mucho más lo es en alguien triste y desbordado por sentimientos de impotencia. Después de la pérdida de un trabajo, la ruptura de una relación sentimental, las limitaciones vitales que puede producir una enfermedad crónica o una situación económica muy apurada no resulta nada fácil volver a encontrarse con amigos, vecinos, conocidos o familiares, por lo que no debe extrañar en absoluto que se opte por la evitación. Además, algunos patrones de evitación pueden estar presentes desde hace años en la vida del cliente, por lo que afrontarlos y deshacerlos nunca será tarea sencilla. El miedo y el bloqueo, la dificultad para enfrentarse a los avatares vitales, a determinadas personas y a ciertas situaciones es tan arduo que el terapeuta debe siempre reforzar la propia imagen del cliente y ayudarle a cambiar esas conductas progresivamente, haciéndole ver repetidamente los costes de mantenerlas, pero tam-

bién dotándole de recursos, ofreciendo el propio apoyo o buscando el de conocidos y familiares, y demostrándole que, seguramente, el malestar del que escapa no era tan agudo o insufrible como se imagina.

6.3. Reforzamiento positivo de las conductas antidepresivas

Puesto que, en ocasiones, el reforzamiento natural que el sujeto va a obtener con la realización de las tareas programadas pueden tardar algún tiempo en llegar, una forma de mantener la motivación por las actividades consiste en proporcionar un refuerzo positivo directo por el mero hecho de haberlas realizado. Se trata de una propuesta de Lejuez et al. (2001) en su primera versión de la terapia breve de activación conductual (TACD), aunque también ha sido mencionado por Martell et al. (2010, pp. 107-108), como un recurso complementario en algunos casos. Ciertamente, se trata de un reforzamiento arbitrario de las conductas, pero que puede resultar muy útil en un primer momento. Así, premiarse con una película que apetece mucho ver si se ordena primero el cuarto durante el tiempo programado; o acompañar tareas aburridas para alguien (fregar los platos, planchar, barrer) con reforzamiento positivo (escuchar música) son formas de aplicarse este procedimiento.

Lejuez y sus colaboradores (Lejuez et al., 2001) proponen suministrar estos refuerzos siempre que se hayan alcanzado al final de la semana los objetivos consignados en los registros. Se trata de un auto-reforzamiento planificado de antemano. Por ejemplo, se deja escrito que si se han realizado las tres conductas previstas para esa semana (sacar al perro de lunes a sábado durante media hora; poner tres lavadoras y tender la ropa; y levantarse de lunes a viernes antes de las 8.30) el cliente podrá descargarse la música que deseaba. Esta estrategia se aplica mientras se concede tiempo a los reforzadores naturales para que tomen el control de las conductas y se conviertan en hábitos. Por supuesto, los reforzadores directos que se propongan no deben suponer nunca un apoyo de las conductas depresivas. Así, no se debe permitir, pongamos por caso, que como reforzador el sujeto quiera quedarse en la cama durante todo el día o dejar de salir a pasear. Para facilitar el recuerdo y los compromisos que conducen a la obtención del reforzador positivo se puede emplear un sencillo registro, tal y como se muestra en el Anexo IX. Se incluye primero la hoja de registro en blanco (Anexo IX.a) y luego completada con un ejemplo (Anexo IX.b).

Junto con este auto-reforzamiento también se puede recurrir al hetero-reforzamiento que proporcionarían familiares o amigos, y que se establece por medio de contratos conductuales. La inclusión de estos se justifica si en la fase de intervención aparecen dificultades para incorporar las actividades programadas. En la TACD los contratos que se emplean son los multilaterales (es decir, incluyen al cliente más algún familiar o amigo). En la versión revisada de esta terapia (TACD-R, Lejuez et al., 2011) se ha simplificado notablemente su formato, y basta con especificar en ellos, sencillamente, las conductas sanas a las que el cliente se compromete (por ejemplo, pasear todos los días media hora), qué persona (o personas, pues los autores indican que son posibles ayudas de una dos y hasta tres) le ayudará, y por medio de qué conductas. En suma, se trata de contratos conductuales clásicos, pero muy breves, sencillos y operativos, para que ayuden a conseguir los objetivos mientras comienza a actuar el reforzamiento natural. Lógicamente, con los contratos no se busca que el cliente se haga dependiente de otras personas, sino que le apoyen durante un tiempo. De hecho, el cliente no queda excusado de llevar a cabo sus actividades aunque las otras personas del contrato no cumplan su parte.

Otra aportación de los contratos es que pueden facilitar la comprensión del problema depresivo de los familiares y orientarles para que ayuden de manera efectiva (en vez de reforzando las conductas depresivas: recuérdese la ley de igualación de Herrnstein). Se sobrentiende que todos los que participan deben tener conocimiento y copia del contrato, dotarle de la debida importancia y dar cuenta al terapeuta de su cumplimiento. Un ejemplo de este modelo de contrato se encuentra en el Anexo X.a y X.b (el primero vacío y el siguiente completado con un ejemplo).

6.4. Manejo del pensamiento rumiante: la atención a la experiencia

Para dar cuenta del origen o del mantenimiento de la depresión, la AC estima más útil dirigir la atención hacia la situación del cliente, en vez de centrarse en posibles desequilibrios y otros problemas "interiores", como distorsiones cognitivas, ideas irracionales, pensamientos automáticos o esquemas disfuncionales. No niegan que se produzcan alteraciones del pensamiento, y que el sujeto en situación depresiva pase horas sumido

en pensamientos negativos, pero lo estima producto de la situación depresiva y no causa previa.

No obstante, la AC sí considera que el pensamiento rumiante debe abordarse directamente en algunos casos –al menos, esta es la postura en la modalidad de AC más amplia, la que proponen Martell y sus colaboradores (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010)–, y por dos razones: primero, porque puede tratarse de conductas problema al ser formas de evitación (dando vueltas y vueltas a los problemas también puede evitarse actuar de forma práctica y acometer cambios); y, segundo, porque su presencia puede interferir en el tratamiento al hacer menos accesibles y visibles los efectos reforzantes de algunas actividades. Al respecto, cabe mencionar como dato curioso que las investigaciones con el cuestionario elaborado para la evaluación del grado de activación conductual, el BADS, que ya se presentó en el capítulo 5, han demostrado que dos conjuntos de ítems distintos, los que formaban la subescala “rumia depresiva” y la subescala “evitación”, conformaron tras el análisis factorial una única dimensión, lo que representa un importante aval para considerar la rumia del depresivo (al menos en algunas ocasiones) una forma de evitación (Kanter et al., 2007). Otra evidencia al respecto la proporcionan las investigaciones que sacan a la luz relaciones entre la rumia y la dificultad para resolver los problemas y sentirse peor a largo plazo (Treyner, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003).

En consecuencia, la AC dirige su atención hacia esta rumia preguntándose no tanto si su contenido es más o menos realista, lógico o racional, y discutirlo si no es así (esto es, con un enfoque de terapia cognitiva), sino valorando cuál es el papel que juega en el caso concreto, y si su función es evitativa. Así, por ejemplo, si un cliente dice que da vueltas al pensamiento “para qué voy a volver a llamar a mis antiguos amigos si sé que realmente nunca me apreciaron”, el terapeuta no cuestiona la irrealdad o distorsión del contenido, ni, en consecuencia, busca evidencias en su contra, sino que se centra en el proceso mismo de rumiar y en el contexto en que se da: ¿cuándo sucede?, ¿qué lo facilita?, ¿qué consecuencias tiene?, ¿qué sucede a la larga? Y, fundamentalmente, ¿cuál es la función de ese pensamiento, esto es, favorece la inacción, y, por tanto, perpetúa el ánimo depresivo?, ¿lleva a un estado anímico peor después de un tiempo? Esta reflexión es presentada al cliente siempre que aparezcan esos pensamientos para que sea él quien aprenda a detectar y valorar su papel y sepa actuar en consecuencia; o sea, para que no frene la activación programada, ni empeore su estado por dejarse llevar por la rumia.

En la fase de intervención, una vez se ha comenzado el contacto con las actividades previstas, hay que tener en cuenta que un exceso de focalización en el propio pensamiento rumiante puede impedir notar las gratificaciones que suponen esas actividades y, por tanto, no sacar provecho de la activación. El terapeuta puede darse cuenta de que está pasando eso cuando, aunque el sujeto lleva a cabo lo programado, no obtiene beneficios por esas actividades. De alguna manera podría, decirse que el cliente aunque está ahí “físicamente” en realidad no está ahí “mentalmente”.

En estos casos, los autores de la AC recomiendan aprovechar la técnica de la atención plena o *mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), de manera que el sujeto trate de centrarse en el momento presente, en sus sensaciones, en sus vivencias y en lo que en ese instante tiene alrededor. Pero la AC no prescribe todo un tratamiento completo de *mindfulness* con los correspondientes ejercicios formales, sino exclusivamente una focalización en la atención desde los sentidos (esto es, una “atención a la experiencia”, de acuerdo con la terminología de los mismos autores de la terapia). Se trata de que el cliente que está, pongamos por caso, en una conversación con un amigo se focalice en lo que le están contando y en cómo se lo están contando; y que si se da cuenta de que se distrae y, otra vez, piensa en sus problemas (por ejemplo, “debería haber sido más atento con mi amigo y llamarle meses atrás”, “¿qué debe pensar de mí?”, “¿por qué no puedo entender del todo lo que me dice, por qué no puedo estar bien como antes?”, “antes disfrutaba mucho hablando con él”, “nunca me desharé de esta maldita depresión, ni volveré a tener unas relaciones sociales normales”) redirija la atención de nuevo a la conversación misma. Para ello, puede atender al aspecto de su amigo, al tono de su voz, su entonación, el ritmo del discurso, la expresión facial, etc. (es decir, utilizar su oído, vista, tacto para estar realmente allí, con su amigo, y no sumido en sus pensamientos). También puede decirse a sí propio que es normal distraerse un momento y luego volver a la actividad misma presentando atención otra vez a lo que comenta su amigo. Cuando los clientes dejan que el pensamiento rumiante –tan característico de su estado– se enseñoree de su vida y se inmiscuya en sus actividades (lo cual sucederá en alguna medida, sobre todo si aparecen temas que le recuerdan vivencias dolorosas), es más complicado disfrutar de lo que se hace y de lo que se tiene alrededor, y las recaídas anímicas son más frecuentes. Por eso, hacer las tareas programadas “con los cinco sentidos” minará su influjo.

Cuando resulta claro que estos pensamientos ruminantes se cuelan una y otra vez con una función evitativa se combaten ayudando al sujeto a ver lo

infructuoso de permitir que duren mucho tiempo, y se programan actividades alternativas lo más distractoras posibles. Por ejemplo, si un cliente está dando vueltas a las palabras de su ex jefe sobre una tarea en la que podría haberse mostrado más diligente antes de perder el trabajo (aunque no está claro que tuviera influencia en su despido), se le invita a que considere cómo se encuentra tras un tiempo de estar pensando eso y se le indica que, para dejar de hacerlo, saque la lista de actividades programadas y haga algo relevante, tendente a cambiar la situación. Puesto que no es fácil saber cuándo uno está rumiando o haciendo una reflexión clarificadora, Addis y Martell proponen "La regla de los dos minutos para el reconocimiento de la rumia" (Addis & Martell, 2004, p. 97), expuesta en el cuadro 6.1.

*Cuatro 6.1. La regla de los dos minutos
para el reconocimiento de la rumia*

"Una vez que pienses que puedes estar rumiando, continúa lo que estás haciendo durante dos minutos. Entonces para y hazte las siguientes tres preguntas:

1. *¿He hecho algún avance en la solución del problema?*
2. *¿Entiendo algo del problema (o de mis sentimientos acerca de él) que no había entendido antes?*
3. *¿Me siento menos auto-crítico o menos deprimido que antes de empezar a pensar sobre esto?*

A menos que la respuesta a una de estas cuestiones sea una claro sí, lo más probable es que sea rumia."

En síntesis, cuando un terapeuta aprecie que un cliente puede estar perpetuando su estado depresivo por la rumia debe seguir una estrategia para ayudarle a cortarla. Entre las estrategias posibles caben (Martell et al., 2010): ayudarle a analizar las consecuencias a medio plazo de la rumia, adoptar una actitud de solución de problemas, atender a la experiencia (a lo que vive y tiene alrededor y puede apreciar por medio de los sentidos), volver a enfocarse en la tarea que tenía entre manos y aprovechar una actividad intensamente distractora durante un rato. El terapeuta, de acuerdo con las características del cliente y la situación, puede elegir por servirse solo de una o de varias de estas estrategias.

6.5. El entrenamiento en habilidades necesarias para la obtención de reforzadores

En ocasiones, el terapeuta de la AC debe detectar los posibles déficits de habilidades que vuelven complicado el acceso a ciertos reforzadores que pueden ser importantes para el cliente. Si para alcanzarlos son necesarios entrenamientos y otros recursos, el terapeuta deberá incorporarlos en su intervención. Así, por ejemplo, si una mujer rompe su relación sentimental después de veinte años y desea encontrar otra pareja, es fácil que su capacidad para relacionarse satisfactoriamente con otros hombres se haya debilitado (o quizás nunca la adquirió). En esta tesitura, un entrenamiento en habilidades sociales para mejorar cómo relacionarse e interactuar adecuadamente con hombres que le resulten de interés puede ser necesario.

La consecución de destrezas sociales en el marco de una terapia de AC no debe plantearse de forma extensiva, como la que se practica habitualmente en un entrenamiento general de habilidades sociales, sino que – como en el caso de la solución de problemas – se orienta hacia un objetivo concreto de forma muy directa; esto es, teniendo en cuenta el contexto específico donde se emite la conducta y los condicionantes que este posee. Como siempre, el método será el diálogo entre el cliente y el terapeuta. No debe olvidarse que es el entorno particular del sujeto el que le otorga el refuerzo, y no una supuesta habilidad general que serviría siempre en cualquier situación. En otras palabras, el entrenamiento está moldeado para la persona y su contexto, y no se basa en reglas (Martell et al., 2001). Además, el terapeuta debe centrarse en aquellos déficits que resultan clave, y no necesariamente en todo el conjunto de inhabilidades, si no son procedentes para las metas del cliente. De este modo, si una persona no consigue sus reforzadores porque habla en su trabajo con un tono de voz aparentemente agresivo; el de otro por relacionarse sin asertividad en su grupo de amigos; y el de un tercero por la dificultad para comenzar conversaciones con desconocidos en una situación social, en cada uno de los casos el terapeuta llevará a cabo un entrenamiento distinto para facilitar el cambio únicamente de estos repertorios específicos en esas situaciones. Durante la sesión, el terapeuta puede actuar de modelo para el cliente y, también, moldear las conductas adecuadas para refinar su ejecución.

Otras estrategias o técnicas que pueden ser útiles de cara al logro de metas son las relativas al control o gestión emocional, y las que implican la intervención de otras personas. Para las primeras, existen distintos pro-

cedimientos breves como la respiración diafragmática o una distracción breve de los eventos aversivos, el ensayo mental de las tareas asignadas, o el actuar de acuerdo a una meta, que pueden incorporarse con facilidad en una intervención de AC, siempre que funcional y contextualmente se justifique.

Respecto a la inclusión de otras personas, lo primero que debe señalarse es que Martell et al. (2001) ha recalcado que, en las situaciones en que coexiste la depresión y los conflictos de pareja, proponer una terapia marital puede aportar muchos beneficios al tratamiento, incluso aunque los problemas de pareja no sean la causa del cuadro depresivo. La colaboración con otras personas (amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.) puede ser importante en muchas intervenciones para la depresión, especialmente al inicio de la terapia. Gracias a la información que proporcionan estas personas es posible adquirir un conocimiento más cabal de la conducta del cliente en su propio entorno, y también conseguir datos de primera mano sobre la evolución del caso. Cuando el cliente venga acompañado, el terapeuta agradecerá siempre la colaboración y trasladará a todos los participantes las claves del modelo y las estrategias a seguir. En estas sesiones conjuntas se aclara que el cliente es la única persona tratada y que no se van a proponer "terapias de grupo" o "terapias familiares". Estas sesiones pueden ayudar a que se disipen las dudas o prejuicios de amigos y familiares sobre las causas de la depresión (que no se achaca a factores internos o a la falta de esfuerzo del cliente) y para que no se refuercen o favorezcan las conductas de evitación (por ejemplo, justificando al cliente en el trabajo cuando no acude, aborrándole tareas de casa, etc.). El estilo de estas sesiones será activo y dirigido hacia objetivos específicos (igual que sucede en las sesiones individuales), y al salir de ellas los amigos o familiares deben haber adquirido orientaciones claras sobre cómo actuar, siempre en diálogo y con la comprensión y beneplácito de la persona tratada.

7

El proceso de intervención en la Activación Conductual

La secuencia de intervención que sigue la AC es tan importante como comprender y dominar las técnicas que incluye. Saber cómo se pasa de la fase de evaluación a la de intervención, a qué ritmo debe llevarse y de qué manera se organiza y estructura —es decir, cuándo y por qué se introduce cada una de las técnicas que se presentaron en el capítulo anterior— resulta fundamental para su ejercicio competente. A lo largo de las siguientes páginas se ofrece la información necesaria para poner adecuadamente en práctica la AC. En primer lugar, se mencionan las líneas generales que sigue la intervención —y que funcionarán como una brújula para no perder nunca la adecuada orientación de la terapia—; luego se explica cómo transcurre cada una de las sesiones y, finalmente, con más detalle, cuál es el orden y la estructura que proponemos para la actuación terapéutica.

La AC es una intervención estructurada, aunque no estrictamente protocolizada. Esto es así porque se presenta como una terapia de naturaleza altamente idiográfica. Básicamente, la meta de la AC estriba en ayudar al cliente a tomar contacto con las fuentes de recompensa que se han truncado, por la razón que sea. Como consecuencia de recuperar ese contacto, el cliente saldrá de su situación depresiva. No se busca cambiar de forma directa el estado de ánimo (de deprimido a alegre) a través de un método particular, sino que este cambio sea consecuencia de la activación de determinadas conductas que acaban conduciendo al reforzamiento positivo y de la extinción de las conductas de evitación (que proporcionaban reforzamiento negativo, esto es, únicamente un alivio inmediato). Por esta razón, es importante empezar en seguida el camino que va desde los sentimientos pretendidos a los comportamientos necesarios. Aunque se traba-

ja a partir de las conductas que tienen un efecto reforzante, y que no son evitaciones (y que se detectaron por el registro de actividad), de fondo estarán siempre los valores identificados, de manera que sean estos los que ayuden a la elección de las conductas concretas a activar. La AC puede parecer un tratamiento sencillo (y lo es en sus técnicas), pero requiere de una comprensión en profundidad de los principios conductuales y exige del clínico durante toda la intervención una perspectiva funcional.

7.1. Líneas generales de la intervención con la AC

Martell et al. (2011, pp. 22-34) ofrecen unos principios esenciales en los que se asienta la intervención. Son las claves que el clínico debe tener siempre presentes en todas y cada una de las sesiones en que trabaje desde la AC. De alguna manera, mientras se cumple este decálogo la conducta del clínico es identificable como propia de la AC. Estos puntos son los siguientes:

1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas estriba en ayudarles a cambiar lo que hacen.
2. Distintos cambios vitales pueden llevar a la depresión, y las estrategias inmediatas que se emplean para afrontarlos pueden bloquear indefinidamente a las personas.
3. La pista que ayuda a averiguar qué será antidepressivo para un cliente en particular radica en saber qué precede y qué sigue a las conductas importantes.
4. Estructura y programa actividades de acuerdo con un plan, no con un estado de ánimo.
5. El cambio resultará más fácil si se empieza muy poco a poco.
6. Prioriza las actividades que tendrán un reforzamiento natural.
7. Actúa como un entrenador.
8. Insiste en mantener una aproximación empírica de solución de problemas, y reconoce que cualquier resultado puede ser útil.
9. No solo hables: ¡actúa!
10. Trabaja para solucionar las barreras actuales a la activación o las que posiblemente aparecerán.

Estos principios están también implícitos en cada una de las pautas que se incluyen al organizar las sesiones y también en la manera de es-

tructuradas las técnicas que se presentaron en el capítulo anterior. Probablemente, lo que unifica o sintetiza estas diez orientaciones sea el mantener el foco en estar activo y "metido" u "ocupado" en la propia vida. Así pues, perseverar en la vía de las activaciones lo mejor, aunque el cliente presente muchos problemas y acuda cada semana a consulta con múltiples dificultades. En suma, una línea clara de trabajo con la activación y la prevención de las conductas de evitación es siempre lo que el terapeuta debe procurar; representa la 'técnica' más eficaz.

7.2. La estructura de las sesiones

Como terapia estructurada y con unos objetivos que dirigen el curso de la conversación, las sesiones pivotan sobre unos goznes esenciales que conforman la intervención: se orientan a la acción y tienen un enfoque de solución de problemas. No siguen un protocolo estricto sesión a sesión, pues la temática que se aborda se acomoda a cada paciente, a cada situación. Es verdad, no obstante, que existen publicaciones en que se ha presentado, a partir de un ejemplo, este tipo de aplicación de la terapia (Dimidjian, Martell, Addis, & Herman-Dunn, 2008), aunque explicando que esta protocolización era solo ilustrativa de un caso; y que en la versión más breve del modelo, la TACD-R (Lejuez et al., 2011), se incluye un contenido programático (objetivos) para cada una de las 10 sesiones que componen su tratamiento, aunque igualmente se matiza que el seguimiento dependerá siempre del cliente y de las circunstancias.

La dinámica de la sesión de tratamiento consiste en aprovechar los 45-50 minutos de su duración. En primer lugar, durante los contactos de evaluación, además de recabar la información que servirá para la intervención, se explica básicamente el modelo de intervención, el modo de trabajar y se responde a cualquier duda del cliente. En este momento, se pone ya en práctica el estilo terapéutico de la AC (estructuración de la terapia, validación, orientación hacia la actividad, concreción, solución de dificultades, etc.). Al principio, dado que el cliente sigue aún pasivo y deprimido, el terapeuta tiene un rol más activo. Inicialmente es él quien valora los problemas que ha tenido el cliente durante la semana y presenta una explicación coherente con la formulación del caso y el plan de tratamiento. Sin embargo, según avanza la terapia, debe permitir e invitar al cliente a cobrar mayor control del proceso y que sea este quien proponga puntos a tratar en cada sesión.

De acuerdo con la AC, es conveniente que en cada encuentro, cliente y terapeuta elaboraren juntos durante los primeros 5-10 minutos la *agenda* de la sesión. La agenda consiste en seleccionar tres, cuatro o cinco aspectos importantes que deben formar parte de la sesión de ese día: aquellos en los que es más importante incidir. Por supuesto, si por las circunstancias que sea se abandona la agenda programada, el terapeuta se asegurará de que esa desviación se halla al servicio de los objetivos y prioridades del cliente, y que ambos están de acuerdo en que es pertinente centrarse en las nuevas cuestiones surgidas. El repaso de las actividades programadas y los posibles inconvenientes aparecidos durante su ejecución forman habitualmente parte de la agenda, así como la programación de las siguientes actividades.

Tras la instauración de la agenda, pueden recogerse también las puntuaciones generales de estado anímico durante la semana o cada quince días (por ejemplo, con el BDI-II o el EROS) y las actividades completadas de acuerdo con lo que programó para casa. Entre las tareas programadas que deben revisarse se encuentran: (1) el registro de actividad y de monitorización del estado anímico; (2) las actividades sencillas o graduadas que se programaron; (3) los ejercicios de atención a la experiencia, si se han recomendado por los problemas de rumia depresiva; (4) otras técnicas que se ha considerado necesario incluir para ayudar al cliente a resolver sus problemas. Tras revisar estas tareas (por supuesto, no necesariamente en este orden), se comprobará si surgieron dificultades y, si es así, se afronta su solución. De acuerdo con estas indicaciones, se vuelve a utilizar la hoja de registro para incluir en ella las que se continuarán a lo largo de la siguiente semana y/o las nuevas que deban incorporarse. En cada sesión, el terapeuta y el cliente colaboran para seleccionar las tareas de activación y también las estrategias que deben implementarse para solucionar los problemas que pueden surgir en la activación o ante la aparición de patrones de evitación.

Sin lugar a dudas, el trabajo con la motivación, la validación y el esperar al cliente serán contenido frecuente de las sesiones. En este sentido, ayudará recordar la idea básica de la actuación "de fuera a dentro" (Martell et al., 2001). De igual modo, es importante estructurar cada día de la semana para incrementar la probabilidad de actuar de acuerdo con las metas y, si han surgido dificultades, descomponer las tareas de manera que se garantice su realización.

Periódicamente, el terapeuta también debe pedir al cliente *feedback* del proceso. Y, hacia el final de la terapia, dedicará tiempo a la consolidación de las ganancias terapéuticas y a la prevención de recaídas. Después

de haber llevado a cabo una intervención desde la AC es muy probable que tanto el terapeuta como el cliente sean capaces de anticipar desenlaces de conductas que incrementan los síntomas depresivos y desarrollar un plan para llevar a cabo actividades alternativas que puedan ayudar a hacerles frente. Cómo preparar este plan de generalización y prevención de recaídas de las últimas sesiones se explica en el capítulo 9 de este libro.

7.3. El plan de intervención: incorporación de los procedimientos de la AC

El plan de intervención que proponemos en este apartado es una síntesis personal elaborada a partir de los manuales de activación conductual existentes (Addis & Martell, 2004; Lejuez et al., 2001; Lejuez et al., 2011; Kanter et al., 2009; Martell et al., 2001; Martell et al., 2010). Conjuga, por tanto, el planteamiento más breve de Lejuez, y sus colaboradores, con el más flexible de Martell, y sus colegas, pues ambos son, desde nuestro punto de vista, compatibles. Sin embargo, a diferencia de la integración que sugiere Kanter et al. (2009), en el que la intervención se iniciaría con el modelo breve de Lejuez para luego, si la activación simple no ha resultado eficaz, llevar a cabo un análisis funcional e incorporar el más completo plan de Martell (que incluye el trabajo en las conductas de extinción y el manejo de la rumia), aquí se ha optado por una imbricación de ambos, combinando sus mejores aspectos, como la mayor ordenación, selección previa de tareas y estructuración de acuerdo con los valores, que recomienda Lejuez, y la amplitud de análisis y el detalle en las técnicas que propugna Martell. Somos conscientes de que ambos modelos enfatizan unos principios algo diferentes (reforzamiento positivo frente a reforzamiento negativo, ley de igualdad frente a importancia de la evitación), pero en lo esencial las dos intervenciones siempre han sido compatibles y esas diferencias de énfasis o matiz en ningún caso son un obstáculo para la secuenciación ahora propuesta.

De cara a facilitar la intervención, hemos enumerado en cada una de las fases los pasos de la secuencia que aconsejamos.

7.3.1. Fase de evaluación

1. Tras los contactos iniciales, en los que se emplea ya el estilo colaborativo propio de la terapia, se genera confianza, se procura

poner las bases para una buena alianza, y se aporta una información clara y precisa sobre la depresión y la dinámica general de este tratamiento, comienza propiamente la fase de evaluación, donde, a la lógica recolección de manifestaciones depresivas a través de la entrevista, se añade un análisis del entorno y su pérdida potencial de capacidad reforzante. Se tienen en cuenta las actividades que se están llevando a cabo, las que se han abandonado, las rutinas perdidas y el papel de familiares y amigos (en particular, la posibilidad de que estén, sin advertirlo, reforzando las conductas que perpetúan la depresión). Se valora el proceso —ya gradual, ya progresivo— que pudo conducir a la depresión y la situación actual de reforzamiento general del entorno.

2. Como se ha comentado, en cada sesión y durante toda la terapia, terapeuta y cliente organizan el tiempo de su encuentro a partir de la agenda, que decidirán en los primeros minutos de la consulta.
3. El terapeuta indica la necesidad de que el cliente se monitorice por medio del registro diario de actividades y estado de ánimo (o la emoción) asociado a estas. (Un ejemplo de esta monitorización se encuentra en el Anexo III). El terapeuta debe tener dispuestas y a mano todas las hojas de registro que sean menester para facilitárselas al cliente. El registro provee al clínico de una línea base para comparar el nivel de actividad (y su reforzamiento asociado) al inicio de la terapia y tras su finalización, y sirve para el establecimiento de los objetivos terapéuticos, por lo que el terapeuta intentará hacer ver al cliente que su cumplimiento resulta fundamental.
4. Como apoyo en esta recogida de datos, el terapeuta puede solicitar que se complete el BDI-II, el EROS, el RPI, el BADS o algún otro cuestionario relacionado con el estado anímico y las conductas depresivas. Y, si lo ve pertinente, otras pruebas que ofrezcan información de problemas complementarios (por ejemplo, del nivel de ansiedad o de obsesividad, de la situación marital, etc.).
5. Con esta información, que repasará con el cliente, se elabora un modelo explicativo, a través del análisis funcional, que justifique el trabajo a lo largo del resto de la terapia. A partir de ese análisis se transmite más fácilmente la racionalidad del tratamiento, pues se dilucida la vinculación entre actividades y bienestar, al igual

que la relación entre aislamiento o evitación y empeoramiento del estado anímico.

7.3.2. Fase de establecimiento de objetivos

1. Una vez reunida la información anterior, el terapeuta y el cliente pueden establecer los objetivos terapéuticos. Esta fase se entiende como una colaboración entre ambos y en la que debe mantenerse un enfoque idiográfico por completo adaptado al caso. En este momento; se procura determinar—con el apoyo del análisis funcional— cuáles son las conductas objetivo (aquellas que, por su capacidad reforzante natural, deben aparecer o incrementarse) y las conductas problemáticas (aquellas que, por tratarse de conductas de evitación o insanas, deben extinguirse), cuáles las metas perseguidas y qué elementos o actividades pueden funcionar como recompensas previas, si se considera necesario para aumentar la motivación al inicio de la intervención.
2. Como apoyo en este proceso se procura crear un entorno saludable, en el que familiares y amigos sean informados de la necesidad de no centrarse —ni reforzar— los síntomas depresivos sino, al contrario, de ayudar al sujeto a involucrarse en alternativas más sanas y positivas. (Es posible, para este objetivo, aprovechar los sencillos modelos de contratos conductuales que se recogen en el Anexo X).
3. Es imprescindible que el cliente entienda y comparta la racionalidad del tratamiento, pues solo así se movilizará. Básicamente debe transmitírsele que, sea cual sea la razón por la que se deprimió, el camino para librarse de los pensamientos negativos, la pasividad, la tristeza, las emociones dolorosas, etc. no es tanto hablar de la posible causa, sino adoptar una posición activa y ponerse, por medio de la realización de determinadas actividades, en situaciones que le gratificarán y que se corresponden con las cosas que realmente le importan y quiere en su vida. Aunque el cliente crea que actuar así es muy difícil, si no gana primero más energía o ánimo, se le explica que el enfoque es justo al revés: logrará esa energía según se ponga en marcha; pero no debe agobiarse: el avance o las exigencias serán muy progresivas, estarán siempre a su alcance, y, además, contará en

todo momento con la ayuda del terapeuta, que actuará como un entrenador, por lo que le estimulará y le ofrecerá soluciones si surgen dificultades.

Si el caso es el de un cliente deprimido que sí está activo, pero su laboriosidad está al servicio de la evitación, entonces la propuesta incidirá en tener presentes las cosas que le importan en su vida y dejar de evitar las tareas fundamentales, de forma que la sensación de gratificación y de deber cumplido puedan llegar. La idea de la AC no es hacer más actividades, sino llevar a cabo aquellas que dan sentido a la vida.

4. Asociada a esta comprensión del modelo de intervención se encuentra la necesidad de comprometerse para que se finalice el tratamiento. Si el cliente deja de venir tras unas sesiones, no puede garantizarse que la depresión no reaparezca y, muy posiblemente, con mayor virulencia. Conviene mencionar que, aunque algunos días se sienta desmotivado, triste, cansado y no le vea sentido a la terapia (lo que muy probablemente ocurrirá), hará bien en acudir a la consulta, pues posiblemente esta situación mejorará al recibir atención y esa actitud general de seguir el plan, a pesar de su bajo estado de ánimo, justamente es la que le ayudará a salir de la situación depresiva.
5. Se delimitan entonces los objetivos de la intervención. Una alternativa, si las metas no están claras, consiste en aprovechar los listados de áreas vitales. Se pueden extraer ideas de la clasificación de Hayes et al. (1999) o de Wilson et al. (2010). Otra opción estructurada y práctica es la de aprovechar la última clasificación de Lejuez et al. (2011) y apuntar en un registro, dentro de sus cinco áreas globales (ver capítulo 5 y Anexo XII), qué valores son los más importantes para uno.
6. Decididas las áreas vitales donde hay que incidir y los distintos valores (objetivos) dentro de ellas (por supuesto, pueden ser varios objetivos dentro de un área), llega el momento de determinar las conductas concretas que dirigirán a esos objetivos y programar su realización para los siguientes días. Como ya se ha mencionado, estas primeras actividades deben tener unas características: facilitar el cambio anímico lo más rápidamente posible, ser concretas y fácilmente estructurables, asociarse a los valores del sujeto y poderse incorporar progresivamente. Además, deben ser observables y medibles, y abarcar un rango amplio de dificultad y tiempo

necesario para llevarlas a cabo (desde las actividades más sencillas, que se pueden hacer inmediatamente y todos o casi todos los días, para las primeras semanas, hasta otras más complicadas y que pueden requerir pasos intermedios, para las últimas). De cara a la programación futura, conviene jerarquizar las actividades para que la incorporación que se prevé esté ya organizada, aunque lógicamente podrá variar según las circunstancias. Para facilitar esta jerarquización, Lejuez et al. (2011) recomienda que se emplee un registro como el del Anexo XI. En él se invita al sujeto a incluir en la columna de la izquierda unas 15 conductas (extraídas desde los valores) y, luego, a determinar su nivel de dificultad (de 1 a 15). Las primeras actividades serán las correspondientes a las primeras semanas y las últimas a las finales. En el Anexo XII.a y en el Anexo XII.b, que incluye algunos ejemplos, se presentan los registros para incorporar dentro de cada área vital algunos valores (que, para facilitar la comprensión, hemos preferido denominar "objetivos" en el registro) y también las actividades concretas en que se traducirán (y que son las que luego se incluyen en el registro de actividades para cada día de la semana, empezando por las que tuvieron un nivel de dificultad menor en el Anexo XI).

7.3.3. Fase de intervención: incorporación de las técnicas de la AC

1. Cuando se inicia el tratamiento es importante contar con un entorno estructurado, adecuadamente directivo y capaz de dar un apoyo conveniente al cliente. No obstante, según avance el proceso, la guía y los apoyos se desvanecerán. Por eso, es habitual empezar la terapia con un par de consultas semanales (especialmente, con los pacientes más deprimidos) y luego mantener, aproximadamente, una sesión a la semana. Reforzar socialmente el cumplimiento de las prescripciones y la consecución de las metas es una tarea básica del terapeuta que debe mantener a lo largo de toda la intervención.
2. Aclarada y compartida la necesidad de llevar a cabo las tareas seleccionadas, en diálogo con el cliente, el terapeuta apuntará en sucesivas hojas de registro (las mismas que sirvieron para monitorizar el estado de ánimo) aquellas actividades que deben llevarse a

cabo antes de la siguiente sesión. (Un ejemplo de esa incorporación para toda la semana se incluye en el Anexo VI, y para un día concreto en el Anexo VII). Es importante contar y tener siempre a mano estas hojas y el resto de los registros para facilitárselos al cliente cada semana, o bien pueden integrarse en un cuaderno o carpeta que sirva durante toda la intervención. También –como se recordará– puede emplearse un formato electrónico, si resulta mejor para el cliente.

3. Como la incorporación de actividades debe jerarquizarse, de menor a mayor dificultad, hay que decidir cuáles y cuántas actividades se incorporan cada semana. Un criterio contrastado apunta que entre 1 y 3 actividades semanales es un número adecuado. Así, aproximadamente tras unos dos meses de tratamiento se pueden haber incorporado unas 15 o 16 actividades, que es una cantidad que permitiría finalizar la intervención con garantías. No obstante, el número concreto de actividades por semana y al final de la intervención depende de cada caso. Lejuez et al. (2001) mencionan que la primera semana basta con 1 o 2, y que en semanas posteriores pueden incorporarse hasta 5. De acuerdo con el programa de Martell et al. (2010), no hay que fijar ningún número específico por semana, pero sí que es importante hacer una elección progresiva y acorde con la capacidad de activación del sujeto en cada momento. En cualquier caso, si los objetivos semanales fueron sobreestimados, pueden corregirse para disminuirse; y también cabe lo contrario: incrementarlos en número o dificultad, si resultaron excesivamente sencillos y el cliente se recupera a un ritmo más rápido de lo esperado.
4. Respecto a las actividades que escoger, lo adecuado es que cubran un amplio rango, como se acaba de mencionar en la fase de establecimiento de objetivos. De este modo, se plantearán desde actividades sencillas y que lleven poco tiempo (para las primeras semanas) hasta otras más extensas en tiempo y más difíciles (para las últimas del tratamiento). Hay que recordar que las conductas de evitación tienen un reforzamiento (negativo) inmediato y seguro, mientras que las de activación con las que entran en competencia puede tardar en recompensar. Por esta razón, emplear en las primeras semanas tareas fáciles cuyo reforzamiento es rápido y seguro, que, al momento o poco después de realizadas, generen una sensación grata y de “deber cumplido” resultan lo

más conveniente. Además, optar por aquellas que supongan una movilización corporal (hacer algo de ejercicio, como dar un paseo a ritmo vivo, sería un buen ejemplo) es probablemente lo mejor: está bien establecido por la investigación que la práctica diaria de actividades físicas tiene un efecto antidepresivo; aunque, naturalmente, siempre hay que considerar el nivel de actividad previo y el estado físico del cliente. Igualmente, si por la depresión se han abandonado actividades rutinarias y básicas (por ejemplo, cuidar la higiene personal, vestirse, salir de casa, comer tres veces al día, acostarse y levantarse a horas adecuadas, etc.) estas también son buenas candidatas para figurar en las hojas de actividades de las primeras semanas. Una vez dados estos primeros pasos, otras tareas de activación resultarán más sencillas, pues la actitud pasiva y letárgica genera más cansancio y más dificultad para enfrentarse a las tareas, mientras que la actividad llama a la actividad.

5. Al tiempo que se incorporan en cada consulta nuevas actividades en el registro, las de las semanas anteriores siguen haciéndose y se integran como rutinas de forma que, progresivamente, hay un conjunto mayor de actividades que proporcionan reforzamiento natural. Como las primeras actividades (más sencillas) están ya proporcionando ese reforzamiento, pueden añadirse otras cuyas consecuencias gratificantes tardarán en llegar (por ejemplo, ir a clases para aprender un idioma, practicar un arte marcial, volver a formarse para otro trabajo, buscar nuevos contactos sociales, etc.), pero que a la larga también serán fuente de reforzamiento.
6. En otra hoja de registro que el cliente rellena al final del día, se deja constancia del cumplimiento (o no) de las tareas programadas (ver Anexo XIII.a y XIII.b). Además, es conveniente que en este registro se haga constar el estado de ánimo de ese día. Pero si se traen a consulta los registros de las actividades programadas (ver como ejemplo los Anexos VI y VII) a través de su revisión se puede comprobar el cumplimiento diario. Para mayor claridad en este repaso, Lejuez et al. (2011) sugieren que en un registro como el del Anexo VII se ponga un círculo alrededor de la actividad completada y se tache la no completada (pero que no se borre). Dimidjian et al. (2008) mencionan que un registro como el del Anexo XIII es una alternativa práctica a considerar por el terapeuta cuando las actividades a realizar son claras y no hace

falta especificarlas con el detalle, de hora en hora, en un registro demasiado detallado (como el del Anexo I), que puede resultar abrumador para algunos clientes. Además de servir para comprobar el cumplimiento semanal, el registro del Anexo XIII puede ser útil para que el cliente mantenga su motivación y aprecie la eficacia en su ánimo de la intervención. En general, llevar el control de las actividades que se realizaron y del estado de ánimo asociado es una buena forma para identificar los factores contextuales y el papel de la propia actividad en la depresión, de forma que, a la larga, se garantice el mantenimiento de los beneficios terapéuticos.

7. A partir del momento en que se empiezan a incluir las tareas de activación se revisan en todas las sesiones y se indaga sobre su cumplimiento y las dificultades surgidas. En el caso de que las tareas no se realicen, o se hagan solo parcialmente, el terapeuta adoptará una actitud de solución de problemas y se orientará hacia la corrección de esta circunstancia. Decidida la manera de afrontarla, se volverán a poner en la hoja de actividades con los cambios pertinentes para garantizarlas, o se incluirán unas conductas previas para facilitarlas o se sustituirán por otras, si se estima que es lo mejor. Si el cumplimiento fue el esperado, se añaden las correspondientes a las programadas para la siguiente semana. Es importante mantener constantemente una actitud positiva y alentadora. El cumplimiento parcial de las actividades es muy corriente en los clientes deprimidos. Por eso, el terapeuta apreciará siempre el esfuerzo y reforzará todo lo que suponga un incremento por encima de la línea base.
8. Una posible ayuda que el terapeuta puede valorar incluir, para lograr el cumplimiento de las actividades —sobre todo si aprecia que las tareas se le hacen muy cuesta arriba al cliente—, consiste en reforzar positivamente de forma directa las conductas antidepresivas, si se han alcanzado al final de la semana los objetivos planteados. Como se recordará, este auto-reforzamiento debe plantearse si los beneficios del reforzador natural tardan en llegar y la persona está aún poco motivada. Contar con ese premio por el esfuerzo que se ha llevado a cabo durante una semana favorece mantenerse en la tarea. Por tanto, si los registros revelan que se han cumplido las actividades programadas en la semana y durante el tiempo suficiente, el cliente podrá otorgarse un

reforzador previamente establecido (ver Anexos IX.a y IX.b). Por supuesto, los reforzadores no deben suponer nunca un apoyo de las conductas depresivas. Así, por ejemplo, no se debe plantear que, como reforzador, se quede en la cama durante todo el día o deje de ayudar en las tareas domésticas que ya estaba haciendo.

9. Junto con este auto-reforzamiento también puede añadirse el reforzamiento y ayuda que otorgan familiares o amigos y que se hayan estipulado previamente en contratos conductuales. Este método tiene especial cabida cuando el terapeuta detecta la necesidad de desarrollar un ambiente que no refuerce las conductas depresivas y el cliente, por sí solo, tiene dificultad para cumplir con las conductas comprometidas. (Ver Anexos X.a y X.b).
10. Mientras sigue el proceso de activación semana a semana, tal y como se acaba de describir, el terapeuta se mantendrá muy atento al efecto que esta incorporación de actividades provoca en el ánimo del sujeto, y le preguntará sobre el particular. Si todo transcurre sin problemas, porque se han elegido conductas adecuadas y se han regulado convenientemente, el cliente mejorará, mostrará poco a poco mayor energía y bienestar; las puntuaciones del BDI-II o el EROS (que, como instrumentos breves y sencillos de completar y corregir, pueden aplicarse cada sesión o cada quince días) corroborarán este progreso; el número de actividades desplegadas será cada vez mayor, y es probable que el cliente manifieste verbalmente su mejora y su satisfacción por los cambios acaecidos. Pero si esto no sucede, si, a pesar de llevar a cabo las actividades, no avanza, el terapeuta animará al cliente a perseverar y comenzará un proceso de indagación y resolución de problemas para descubrir qué factores impiden el progreso. Debe preguntarse entonces si las actividades están bien reguladas en su nivel de dificultad y en su cuantía, si se están asociado a valores importantes del sujeto, si se produce interferencia por las conductas de evitación, o si el pensamiento rumiativo está impidiendo el contacto con los reforzadores, por citar los problemas más comunes.
11. A la par que el proceso de activación se habrá previsto la extinción de las conductas de evitación, si estas habían sido identificadas. Es probable que la misma programación de determinadas conductas contrarreste la aparición de las de evitación, pero no siempre es

así. Es en este último caso cuando se abordan directamente. Si un sujeto presenta conductas de evitación, tales como levantarse tarde y quedarse amodorrado en la cama casi toda la mañana y, además, ver varias horas programas insustanciales en la televisión durante la tarde, el terapeuta puede proponer como conductas de activación dar un paseo vigoroso por la mañana y quedar con un amigo por la tarde. Estas acciones representan tanto una activación directa como la eliminación de conductas de evitación. En cambio, si un sujeto lleva a cabo muchas tareas (por ejemplo, sale y se encuentra con mucha gente, hace deporte agotador durante horas y horas, se pone a ayudar a sus vecinos en arreglos sencillos), pero todas ellas están al servicio de evitar actividades que realmente debe acometer (escribir un informe difícil de su trabajo, estudiar un examen que le agobia, arreglar temas pendientes con su ex mujer, etc.), el terapeuta debe plantear una eliminación o disminución progresiva de las conductas de evitación y no sustituirlas por otras, para que se dejen de postergar las importantes (redactar el informe, estudiar el examen, hablar con su mujer, etc.). Eso sí, el terapeuta ayudará a que se afronten con garantías: facilitándolas por medio de ensayos previos, de guiones, dividiéndolas en pasos sencillos, etc. El recurso de los acrónimos TRAP-TRAC y ACTION es también siempre una alternativa a considerar aquí. Un esquema gráfico del primer acrónimo se encuentra en el capítulo 4, así como en Pérez-Álvarez (2014, pp. 135-137).

12. Aunque se decidieran al principio unas actividades concretas (como las que se consignaron en el Anexo XI) es muy posible que, al avanzar el tratamiento, se descubra que algunas de ellas no son las más adecuadas. Según se progresa, el cliente puede cambiar de opinión, ver las cosas de otra manera y ampliar su plan (o, al contrario, aminorarlo). Nada proscribire estos cambios. Es más, el terapeuta preguntará en las distintas sesiones si piensa que las actividades elegidas siguen siendo las mejores y si continúan respondiendo a sus valores. Si el cliente ya no las ve útiles, se buscarán otras que supongan una mejor alternativa. También es adecuado revisar el reforzamiento arbitrario directo o los contratos establecidos por si se decide repetirlos, cambiarlos o abandonarlos porque ya hayan cumplido su función.

13. Si el cliente no obtiene los beneficios esperables, a pesar de que lleva a cabo las actividades durante un tiempo suficiente, ha extinguido sus conductas de evitación y ha incluido conductas que realmente se corresponden con sus valores, el terapeuta debe investigar si la falta de resultados es fruto de la interferencia de pensamientos repetitivos y auto-críticos. Entonces puede plantearle al cliente que las actividades están haciéndose “solo con el cuerpo, pero no con la mente”; es decir, sin poner atención y cuestionando el sentido de hacerlo y su utilidad, o comparándolo con otras veces del pasado, o con la diligencia de otras personas, etc. Si este es el caso, en este momento de la intervención deben ponerse en marcha las estrategias para volver a “contactar con la experiencia” (ver capítulo 7).
14. Simultánea o alternativamente pueden darse también otras circunstancias que supongan trabas para conseguir el reforzamiento de las actividades. Nos referimos aquí a problemas derivados de la carencia de habilidades sociales, a dificultades surgidas por la ansiedad, a reacciones emocionales muy intensificadas que forman parte de la historia de aprendizaje y que están condicionadas, etc. De nuevo, con una metodología de solución de problemas, y en colaboración con el cliente, el terapeuta tratará de sortear estos obstáculos empleando las técnicas pertinentes (relajación, ensayos mentales de las tareas asignadas, *role-playing*, distracción momentánea de eventos aversivos, exposiciones, entrenamiento en habilidades sociales específicas, etc.), de forma que se recupere el camino hacia el reforzamiento de la actividad.
15. Finalmente, la última parte de la terapia, una vez que tanto indicadores subjetivos (impresión del propio cliente, del terapeuta, de otras personas allegadas, etc.), como objetivos (número de actividades realizadas, ausencia de evitaciones, atención mantenida en las tareas, puntuaciones en los cuestionarios, alta laboral, retirada de la medicación, etc.) demuestren la recuperación y la estabilidad anímica, el terapeuta propondrá unas sesiones dedicadas al cierre de la terapia y a la prevención de recaídas (ver capítulo 10). Finalmente, espaciará las sesiones y propondrá el necesario seguimiento.

7.4. **ACTIVATE: un acrónimo para sintetizar la puesta en práctica de toda la terapia**

Para terminar este capítulo, se incluye una estrategia orientada a recordar los elementos claves de la puesta en práctica de la AC. Se trata de una estrategia básica que se conforma a partir de otro acrónimo: **ACTIVATE** ("ACTIVAR"), en este caso para uso del terapeuta. Su objetivo es servir de guía aclaratoria y disipar dudas sobre las actuaciones esenciales de este modelo. El acrónimo se corresponde —de forma aquí muy sintetizada respecto del original propuesto por Martell y sus colaboradores (2010, pp. 182-186)— a los siguientes conceptos:

- A: Assess* ("Evaluar"). Una buena y atenta evaluación es clave para que el resto de la terapia transcurra sin problemas. La evaluación en la AC tiene en cuenta sobre todo la frecuencia y el alcance de las actividades del cliente, y también su función. Esta evaluación aterriza también en las circunstancias vitales que contribuyeron a la depresión del cliente y en los intentos previos de enfrentarse a ella. Con el análisis de los antecedentes y consecuentes de las conductas problemáticas, el clínico poseerá las claves para saber con qué actividades iniciar el tratamiento.
- C: Counter Avoidance with Structured Activation and Effective Problem Solving* ("Contrarrestar la evitación con la activación estructurada y una solución efectiva de los problemas"). La AC ayuda a los clientes a contrarrestar los patrones evitativos por medio de la estructuración de actividades y la solución de problemas. Una vez que las personas aprenden a identificar sus patrones de evitación pueden poner en práctica acciones alternativas que les sacarán de ese estado.
- T: Take time to Get Specific* ("Tomarse tiempo para lograr ser específico"). La AC anima a los clientes a ser concretos respecto a las conductas a incrementar o disminuir. Las primeras se plantean con el objetivo de probabilizar el contacto con los reforzadores positivos; las segundas, para eliminar las dificultades de la vida del cliente.

- I: Include Monitoring* ("Incluir la monitorización"). Gracias al registro y la monitorización resulta mucho más claro dónde es más probable que se dé la conducta problemática y qué consecuencias tiene. Justamente, la identificación de esos patrones es la piedra angular de la terapia. Sin esa identificación no pueden programarse las tareas de activación con las debidas garantías.
- V: Validate* ("Validar"). Validar al cliente es una actividad fundamental de un terapeuta que aplica la AC. Actuando así, mostrará siempre que comprende la experiencia del cliente, sus emociones y el difícil reto que supone cambiar.
- A: Assign Activities* ("Asignar actividades"). La programación de actividades y su estructuración es la técnica de intervención básica de la AC. A esta debe dedicarse el terapeuta la mayor parte del tiempo para ayudar al cliente.
- T: Trouble shoot* ("Solucionar problemas"). A lo largo de la intervención aparecerán la frustración y los problemas. El terapeuta debe enfrentarse a estas barreras para mantener los planes activación del cliente y ayudarle así a alcanzar sus objetivos.
- E: Encourage* ("Alentar"). Durante la terapia todos los clientes necesitarán palabras de ánimo, de esperanza, de aliento. Los terapeutas de la AC son como entrenadores que subrayan cualquier signo de progreso y que fomentan la actividad, el compromiso y la capacidad para enfrentarse y resolver problemas, especialmente cuando más se necesite.

8

Dificultades comunes en la puesta en práctica de la Activación Conductual

En el tratamiento de un problema como la depresión, en el que es tan fácil que los clientes pierdan la fe en sus esfuerzos, es necesario que los terapeutas se pertrechen de estrategias y planes para hacer frente a los problemas más característicos y que sepan cómo ofrecer alternativas a sus clientes. El terapeuta más empático, competente y experimentado verá, en muchas ocasiones, cómo las personas deprimidas a las que trata no llevan a la práctica los planes que con tanta minuciosidad como programaron o, incluso, que dejan de acudir a las sesiones.

En una terapia como la AC, en que, aunque medida, hay una exigencia sobre los clientes (por la programación de actividades) estas situaciones pueden ser frecuentes. La frustración, la desesperanza, la culpa, la abulia, la duda, la ira, el bloqueo, la confusión son emociones corrientes en alguien deprimido y no van a ayudar, precisamente, al cumplimiento de las tareas. El terapeuta debe ser consciente de esta circunstancia y no idealizar el efecto de sus tratamientos, ni la benéfica situación que van a producir. Ha de estar preparado para que el cliente le diga que no ha cumplido nada de lo programado (o, peor aún, que mienta, por vergüenza, y le diga que sí lo ha cumplido), que piense en tirar la toalla (¡o que ya lo ha hecho!), que no albergue ninguna fe ni en la terapia, aunque al principio comentó que la tenía por su última esperanza, y que ya solo cree que la situación empeorará. La labor de un terapeuta ante este escenario pasa por llevar a cabo una evaluación conductual que le ayude a identificar por qué han surgido las dificultades o se ha intensificado el malestar del cliente, y

que, una vez detectados estos factores, se enfrente a la situación como una tarea para resolver. En vez de culpar a los mismos clientes, tildarles de derrotistas, personas que no quieren dejarse ayudar o atribuirlo a algún problema de personalidad, el terapeuta adoptará un enfoque de resolución de problemas y procurará "sacar lo mejor de sí mismo" (Martell et al., 2010, p. 153) para volver a esperar a su cliente y encarrilarlo de nuevo hacia la mejoría.

Cuando los clientes en una situación depresiva llegan a la consulta, casi con toda seguridad habrán oído miles de veces comentarios de sus amigos o familiares respecto a "lo que deben hacer para animarse"; y, quizás, ya hayan tratado en otras tantas ocasiones de ponerlo en práctica. Este enfoque para revertir la situación depresiva sea tiene al conocido eslogan publicitario de Nike *Just do it!* ("simplemente ¡hazlo!"). Pero si fuera tan fácil, no se recurriría al consejo experto de un terapeuta y habrían roto con su depresión tiempo atrás. Es gracias al conocimiento del modelo explicativo de la AC, del dominio de las técnicas que integran la intervención, de su adecuada división y secuenciación, de un estilo característico que se pone en práctica a lo largo de toda la terapia y de las estrategias particulares ante los problemas que se exponen en este capítulo, cuando resultará posible conducir al cliente hacia la salida de la espiral depresiva.

8.1. Estrategias generales de la AC ante la aparición de dificultades

Dadas las dificultades mencionadas, y asociadas a la misma activación, es necesario tener presentes algunas claves generales que ayudarán siempre al afrontamiento de este tipo de problemas. Se enumeran a continuación.

1. Comprender la racionalidad del tratamiento. Aunque durante un tiempo, por la razón que sea, se hayan abandonado las tareas, si se ha comprendido la racionalidad del tratamiento será más probable recuperarlas. Al haber explicado previamente que es fácil que los efectos gratificantes tarden en aparecer, se motiva la ejecución de las acciones aunque no se obtengan cambios todavía. El enfermo que necesita un fármaco tiene que administrárselo varias veces, durante bastantes horas o incluso varios días, antes de que se aprecie su efecto beneficioso (como sucede, por ejemplo, con un anti-

biótico). De forma semejante, el cliente deprimido debe hacer las tareas adecuadas aunque esté desmotivado y "no note nada", es más, incluso aunque al principio "se note peor", pues la activación es una intervención que necesita tiempo para resultar efectiva.

2. Mantener las sesiones con estructura, centradas en la resolución de problemas y enfocadas hacia la activación. Ese estilo es una fuente de apoyo tanto para el terapeuta como para el cliente, y una guía para seguir adelante en los momentos de zozobra. Aunque es cierto que el cliente puede desear (y necesitar) en algún momento desahogarse y hablar de las tristes vicisitudes que ha tenido que soportar, tras un periodo razonable, el terapeuta debe volver a orientar la sesión hacia las actividades que prevendrán un bajo estado de ánimo.
3. Validar siempre los sentimientos y los comportamientos del cliente. Es corriente que, cuando se ha incumplido lo comprometido, la persona se sienta especialmente mal y tema recriminaciones, más directos o más velados, por parte del terapeuta. Pero si este, en cambio, comprende lo que sucede y así se lo transmite al cliente es mucho más probable que reúna las fuerzas para volver a intentarlo, especialmente si juntos buscan una forma más sencilla o segura de conseguir llevar a cabo la asignación.
4. Recordar el principio de que "todo puede valer". Saber qué ha fallado es importante para preparar un plan mejor, con más ayudas o con más detalle. Si el cliente ve esta postura por parte de su terapeuta, y no una actitud culposa ante el fracaso, seguramente se relajará y volverá a motivar. Una muestra de ello sería la siguiente: después de que el cliente haya dicho que no ha cumplido con lo programado, el terapeuta comenta: "¡Vaya! Parece que esto no ha funcionado como esperábamos. Vamos a ver dónde ha podido estar el problema y tratemos de corregirlo para la próxima semana". Si en la AC el mayor peso del comportamiento se atribuye a las contingencias ambientales, coherentemente con este principio, el terapeuta debe aprender de esas contingencias y aprovecharlas a su favor. De esta forma, se desecharán siempre atribuciones para el incumplimiento como "el autosabotaje", "la vangancia", "la intolerancia a la frustración", "los problemas del Eje II", etc. que ponen todo el foco en el interior del sujeto o en sus rasgos de personalidad.
5. Mantener el optimismo y la persistencia. El terapeuta de la AC debe recordar que si trabaja con una mentalidad abierta y busca las claves

que controlan la conducta, la situación del cliente mejorará. No debe perder esa perspectiva, a pesar de que por momentos haya vueltas atrás. Además, si el clínico sigue comprometido con estas actitudes a pesar de los fracasos, servirá como modelo positivo para el cliente. Le transmitirá que si persiste lo logrará. La conocida divisa "El que resiste, triunfa" es idónea para los terapeutas de la AC.

6. Por último, es conveniente mantener una actitud previsor, que anticipe los problemas que en determinados momentos pueden surgir cuando se planifican tareas a una semana vista. Así, por ejemplo, empezar a programar el correr por la calle o por el campo cuando empieza el frío y la lluvia, o la realización de determinadas tareas en casa cuando es Navidad y van a venir unos parientes, son muestras de falta de previsión por parte del terapeuta.

8.2. Dudas específicas del cliente con el acercamiento terapéutico de la AC

Algunos clientes pueden mostrarse más desconfiados a la hora de colaborar o implicarse en esta terapia y desanimarse ante los primeros fracasos, por dudas hacia las terapias psicológicas, prejuicios respecto a un modelo particular (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual) o, incluso, hacia una estrategia más concreta como la que supone la AC. En todos estos casos, contar con algunas respuestas ante comentarios comunes puede ser una buena preparación. En este apartado se aprovechan algunas de las respuestas a preguntas que han propuesto Martell y sus colaboradores (Martell et al., 2010, pp. 42-43) y se incluyen algunas más de cosecha propia.

1. *¿La depresión no está causada por un desequilibrio químico del cerebro?*

Respuesta: Sabemos que nuestra biología está relacionado con la depresión, pero también sabemos que el cambio de nuestra conducta afecta a la química de nuestro cuerpo. Sin duda, la depresión es una condición compleja que posee múltiples causas. Afortunadamente, la depresión es un problema tratable y distintos tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia y su capacidad para ayudar a las personas. Un tratamiento como la AC, que se centran en lo que el sujeto hace, ha reunido evidencias de gran efectividad.

2. *¿Y qué hay acerca de la medicación, no es efectiva?*

Respuesta: Los fármacos antidepresivos son eficaces para muchas personas. Pero el tipo de psicoterapia que proponemos, la AC, también ha demostrado que es un tratamiento eficaz para la depresión. Además, la investigación sugiere que los efectos de la AC pueden durar mucho tiempo tras la finalización del tratamiento; esto indica que el beneficio de lo aprendido en la AC pueden ayudar a prevenir, en el futuro, las recaídas.

3. *¿No es este enfoque demasiado simple?*

Respuesta: Los postulados de este enfoque son sencillos, pero ponerlos en práctica puede resultar difícil. Por esta razón, mi papel es semejante al de un entrenador que le acompañará en el proceso de cambio. Trabajaremos en colaboración y lo guiaré a través de un camino por el que, paso a paso, volverá a recuperar su actividad, resolverá sus problemas vitales, y por el que, al fin, se encontrará mejor. Es un método poderoso, pero si fuera tan sencillo o simple usted mismo ya habría puesto en práctica.

4. *Esto de la "activación" me parece imposible. Yo apenas puedo levantarme de la cama. ¿Puede esto entonces ayudarme realmente?*

Respuesta: Cuando se está deprimido es comprensible que esto parezca imposible y uno se pregunta si algo así puede funcionar. Mucha gente tiene esta misma duda, pero también muchas personas encuentran que, lo que parecía imposible en un primer momento, comienza a ser más fácil a medida que se está más y más activo. Este enfoque es muy práctico, y mi trabajo es ayudar a encontrar la manera de que se haga factible, y daremos con las circunstancias y maneras para comenzar una activación posible para usted, considerando de dónde parte en este momento. Para algunas personas, también es esperanzador saber que este enfoque ha funcionado con muchos sujetos deprimidos. Pero dicho todo esto, no sería honrado afirmar que se puede garantizar el éxito al 100%. Si me puedo comprometerme a trabajar junto con usted, empezar desde donde usted está ahora y avanzar. Y tengo el convencimiento de que, a medida de que progresemos, todo resultará más posible. Si usted está dispuesto, podemos comenzar con pequeños pasos y observar el resultado, y luego seguir avanzando más y más.

5. *¿No es una impostura actuar como si no estuviera deprimido cuando realmente lo estoy?*
Respuesta: Esta es una inquietud de muchas personas. La respuesta es que se puede sentir incómodo, pero no es una impostura o una falsedad elegir comportarse de una manera más comprometida con unos objetivos, aunque uno se siente triste. Al comportarse como si no estuviera deprimido, usted actúa de una forma que le ayudará a sentirse mejor y a construir una vida que sustentará su estado de ánimo y su bienestar.
6. *¿Cómo puedo añadir más actividades a mi vida cuando ya estoy excesivamente ocupado y justo por eso estoy tan deprimido?*
Respuesta: Bien puede darse que, efectivamente, su vida esté plagada de actividades. Lo que haremos será ver para qué sirven todas esas actividades, pues la AC no implica hacer más cosas. Quiero ayudarle a resolver problemas de modo eficaz, y a que participe plenamente en actividades, pero no se trata de que se sienta abrumado.
7. *¿Puede la AC funcionar cuando otros tratamientos no lo han conseguido?*
Respuesta: Ciertamente la AC no es una panacea. Pero por la investigación sé que este tratamiento puede ayudar a las personas que están deprimidas. A menudo pregunto a mis clientes, "¿qué le parece si enfocamos esto como un experimento? Podemos trabajar juntos durante un tiempo y ver si este tratamiento es eficaz en su caso. Puesto que no puedo garantizarle el éxito, podemos fijar un período de tiempo y luego comentar cómo van las cosas, digamos, después de cuatro o cinco sesiones. Hablaremos entonces de lo que puede funcionar y de lo que no en su situación. ¿Qué le parece?"
8. *Según creo la AC no trata de cambiar los pensamientos negativos que sé que tengo. ¿Cómo me va a ayudar un tratamiento en el que no se eliminan estos pensamientos?*
Respuesta: Es cierto que en la AC no se entra a discutir el contenido de los pensamientos negativos, pero eso no quiere decir que no se les dé importancia. De hecho, pensamos que su mantenimiento es contraproducente para la persona deprimida y, al contra-

- rio, que su desaparición es una evidencia de la eficacia de la intervención. En este modelo se considera más eficaz tratar de modificar las circunstancias que generan estos pensamientos y analizar al servicio de qué fines están, pues, muchas veces, lo que hacen es mantener a la persona ensimismada y desconectada de lo que tiene alrededor, por lo que se perpetúa su situación. Nuestra impresión es que discutir sobre si son más o menos verdaderos, si están más o menos justificados, o si hay que buscar pruebas para rebatirlos puede acarrear seguir centrado en esa actividad en vez de retomar objetivos vitales, cuya consecución será la que modifique esos pensamientos de forma más permanente.
9. *Por lo que he entendido en este tratamiento tendré que rellenar cuestionarios y auto-registros, incluso todos los días. Eso es algo que me disgusta y que me deprime. ¿No es posible llevar a cabo la terapia sin completar estas hojas?*
Respuesta: Lo cierto es que los registros son importantes en la AC, pues ofrecen una información que, de otro modo, no resultaría posible recabar. Seguramente, tras comprobar que el tiempo que le ocupan es breve, que son fáciles y que resultan prácticos para la terapia, usted mismo cambiará de opinión sobre ellos. Muchos los completaremos juntos aquí, y podemos buscar algunas formas alternativas de rellenarlos que le resulten más llevaderas (por ejemplo, con formatos electrónicos, notas de voz en el móvil, etc.).
10. *¿Es esta una terapia breve o larga? ¿En cuánto tiempo volveré a estar bien?*
Respuesta: La AC es una terapia breve, considerando otras alternativas. Posiblemente, a día de hoy, la más efectiva teniendo en cuenta el tiempo que requiere. Es muy difícil saber cuánto tiempo necesitará usted para volver a encontrarse bien, y ni siquiera podemos afirmar al 100% que esto será lo que pase, aunque es muy probable si sigue bien el tratamiento. La mayoría de las personas que se tratan con AC se han recuperado tras unas 20-25 sesiones, pero siempre hay variables que pueden interferir para alargar este proceso. Como quiera que sea, yo estoy comprometido en ayudarle hasta que su recuperación sea un hecho.

8.3. Soluciones ante dificultades comunes en la aplicación de la AC

Como se ha mencionado, es difícil que una terapia para la depresión transcurra sin ningún contratiempo. El terapeuta debe saber reaccionar ante los problemas y contar con estrategias claras. En este apartado se han reunido un conjunto de problemas muy característicos en la aplicación de la AC y también distintas posibilidades para afrontarlos de manera exitosa. Aprovechamos aquí, integrándola, la información de los dos manuales clínicos de Martell y sus colaboradores (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010), junto con alguna propuesta más derivada de la investigación de Hopko, Magidson, & Lejuez (2011) y, también, de los autores de este mismo libro.

8.3.1. Problemas por la falta de comprensión de la actividad programada

Mucho más frecuentemente de lo que se cree, los clientes salen de la consulta con dudas respecto al cumplimiento de la actividad programada, o bien descubren al llevarla a cabo que no habían entendido del todo qué tenían que hacer. Por tanto, si algo no se completa o efectúa como se esperaba, en primer lugar, se debe comprobar el grado de recuerdo y comprensión de la tarea. Explicar con claridad y especificidad las actividades es fundamental, y preguntar al cliente si ha entendido los detalles o pedirle que cuente cómo lo va a llevar a cabo es importante. Dejar estas instrucciones por escrito casi siempre resulta conveniente.

8.3.2. Problemas derivados del déficit de habilidades

Determinadas acciones suponen prerrequisitos o conductas básicas previas. Y, muchas veces, la carencia de ciertas habilidades explica que se mantenga una depresión o impiden que se goce de una vida gratificante. Los clientes pueden no ser conscientes de estos problemas, pues desconocen la falta de tales habilidades o el papel que pueden jugar. Es entonces el terapeuta quien debe hacer consciente este hecho y, o bien comenzar un programa de entrenamiento en tales habilidades, o bien programar actividades cuyo éxito no esté determinado por esas carencias. Así, por ejemplo, ante el

incumplimiento de una tarea que consistía en hacer una excursión desde Madrid a Toledo, el terapeuta debe inquirir qué sucedió, qué pasos sí se dieron y cuáles no. Es posible entonces que descubra que el cliente, aunque disfrutaba viajando, no había nunca alquilado un coche, ni consultado autobuses o trenes para viajar, pues siempre le habían llevado otros. Planificar de nuevo la tarea dividiéndola en los pasos previos y ensayándolos para hacerlos más asumibles contrarrestará esas dificultades. Igualmente, carencias de habilidades de mantenimiento de la atención y concentración (por ejemplo, para leer un libro), de relajación y auto-control, de reconocimiento de emociones, etc. deben analizarse y, en caso de estar mermadas, tratar de corregirlas, facilitar las actividades simplificándolas o sustituirlas por otras que también lleven al mismo reforzamiento.

En el ejemplo anterior del viaje, se trataba de habilidades materiales, pero más corrientes son los déficits de habilidades sociales. Este es un tema que frecuentemente debe trabajarse con clientes deprimidos, puesto que, o bien los procesos de pérdida de reforzadores se han asociado con su carencia (imagínese el caso de una persona que nunca fue habilidoso socialmente, pero mantuvo una relación sentimental durante muchos años y ahora la ha perdido), o bien la misma depresión influye en que alguien parezca menos competente (por el ensimismamiento, las dudas, la escasa fluidez al hablar, la formulación de preguntas inapropiadas, el bloqueo y la falta de asertividad, etc.). En estos casos, el terapeuta hará bien en analizar si es difícil que el cliente pueda cumplir con los planes de actividad previstos y si debe dedicar tiempo a estos entrenamientos. Unas especificaciones sobre estos tratamientos complementarios se comentaron ya en el capítulo 6.

8.3.3. Problemas a la hora de graduar las tareas

Aunque cuando se presentó la técnica de programación de actividades se dedicó atención a la manera de graduarla, en ocasiones, cuando surgen problemas con el cumplimiento, es importante revisar si este escalonamiento fue demasiado optimista y, por tanto, es necesario subdividirlo más. Empezar con pasos menores es una forma de abordar adecuadamente esta dificultad. Antes de llevar a cabo una tarea programada es posible que el terapeuta o el cliente sobreestimarán sus posibilidades y no adivinarán los problemas que aparecerían a la hora de la verdad. Téngase presente, además, lo corriente que es en la situación depresiva que se "recuerde"

todo lo que uno era capaz de hacer sin aparente dificultad o cansancio, y que se vea a los demás como sumamente productivos y eficientes. Sin pararse demasiado a cuestionar estas percepciones, lo que el terapeuta debe procurar es graduar adecuadamente las tareas de acuerdo con la situación actual y real del cliente, de forma que se asegure así el éxito en su cumplimiento.

En otras ocasiones, el error del terapeuta está en creer que el cliente podrá acometer una tarea (y, en consecuencia, proponiéndosela), y este abrumarse ante la dificultad que para él entraña. Muchas veces, la persona que sufre la depresión se siente incapaz de acometer actividades que para otras personas —y para él mismo en otros momentos de su vida— resultaban harto sencillas. En estos casos, no es tanto que no sea capaz de empezar por un paso pequeño: efectivamente, el cliente sabe que sí podría dar ese paso, pero lo que le supera es pensar en la enorme tarea que luego tiene por delante hasta llegar a su objetivo. Así, por ejemplo, puede que crea que será capaz de organizar el correo que ha llegado y que tiene acumulado en su despacho, pero pensar en ordenar todos sus papeles y resolver todo lo que tiene pendiente le parezca una tarea titánica. En estos casos, es útil recordar la máxima que reza “todo gran viaje comienza con un pequeño paso”, y que, en este caso, no puede ser más verdad. Una vez que el cliente haya dado el primer paso contemplará el conjunto desde otra perspectiva: ya un poco más cerca de su objetivo, y así progresivamente hasta culminarla. Por tanto, la estrategia consiste en recomendar no pensar en todo lo que está por delante, sino dirigir la atención y las fuerzas exclusivamente al paso que en ese momento se da.

8.3.4. Problemas a la hora de trabajar con los valores del cliente

Si las conductas seleccionadas únicamente aumentan el nivel de actividad del cliente pero no otorgan sentido a su vida—es muy probable que la terapia acabe malográndose. Para prevenir esta circunstancia, es necesario fundamentar la selección de las actividades en los valores o intereses reales del cliente. No obstante, el trabajo con los valores no es siempre sencillo. Para muchos clientes, abordar esta cuestión es en sí una tarea que desearían evitar, quizás por las frustraciones que ha tenido en el pasado al intentar actuar de forma consistente con sus creencias o deseos profundos y haber fracasado, o por haber recibido críticas de figuras de autoridad. También es posible que sea una cuestión que nunca se plantearon, por lo

que les resulta confusa. Incluso, puede suceder que no le vean sentido y que opinen que dar vueltas a estas cuestiones es una pérdida de tiempo, en especial cuando existen tantas obligaciones en la vida que, se quiera o no, hay que atender.

Los intentos de solución ante este problema pasan, en primer lugar, por disponer de un buen argumentario para ayudar al cliente a que entienda la trascendencia de esta cuestión en el marco de la misma terapia. La lectura en profundidad de algunos textos, como los de ACT (Hayes et al., 1999), en que se ha trabajado con profusión esta temática puede ser muy recomendable para el terapeuta. En cualquier caso, siempre deberá aproximarse a esta cuestión de forma delicada y respetuosa. Puede hacerlo de manera práctica, tratando de incluir al principio solo algunas actividades que sin duda se deriven de los valores del cliente, para luego incorporar otras. Según el cliente aprecie la satisfacción que genera llevar a cabo actividades realmente conectadas con sus auténticos anhelos, resultará más fácil seguir incluyéndolos y hacerlos el principal objeto de activación.

8.3.5. Problemas por la ausencia del registro de la actividad, estar incompleto o sin datos del humor o la emoción

Un problema muy corriente atañe a la cumplimentación de los registros. Dado que estos son el mejor modo de conocer las tasas de conducta (tanto de las problemáticas como de las gratificantes), de asociar actividades y estado de ánimo, y de prever qué actividades serán las más adecuadas para programar, la ausencia de un número significativo de registros pone en riesgo la intervención. El terapeuta debe primero tener una actitud colaboradora, reforzar cualquier intento de cumplimentación y abordar las limitaciones recordando el sentido de esta actividad en conexión con el modelo mismo. Debe también facilitar, simplificando su cumplimentación, por ejemplo, o ampliándolo progresivamente desde unas pocas actividades a todas; también, haciendo parte en la consulta, junto con el cliente (por ejemplo, del día anterior), pidiendo que se haga solo unas horas del día (que sirvan como muestreo), proponiendo formatos alternativos al papel y lápiz que le resulte menos aversivos (por ejemplo, con notas de voz en el móvil, agendas electrónicas, etc.), o, incluso, con la ayuda de terceros, y demostrando —a poco que se traiga completado— qué valiosa es esta información.

Hay que entender que negarse a completar el registro puede entenderse como una conducta de evitación (lo que es lógico, pues pone directa-

mente en contacto con una información dolorosa y difícil para el cliente, como puede ser la ausencia de actividades, la de actividades valiosas o el propio abandono en que se ha caído); pero, precisamente por ello, resulta tan necesario corregir. Interpretando como evitación el no completar el registro y confrontándolo, se pueden discutir, y luego comprobar, los beneficios de actuar considerando el largo plazo. Como todas las tareas de activación, esta se puede graduar de forma que ese enfrentamiento a completar el registro sea primero parcial (unas horas, unos días) y luego abarcar todos los días y horas de la semana.

En ocasiones, aunque el registro se haya completado falta información sobre el efecto que las actividades han tenido en el ánimo o las emociones que han despertado. Es posible que el cliente afirme que "siempre está igual", "que su ánimo no varía", "que permanece triste y deprimido de forma constante" a pesar de las actividades. No obstante, el terapeuta debe señalar que, aunque los cambios de humor sean sutiles o muy leves, es importante reflejarlos, pues esas variaciones aportan información crucial. Además, es probable que, al apuntarlos, llegue a apreciar mejor estas mudanzas y que eso le sirva más adelante para evitar las recaídas.

8.3.6. Problemas por la ausencia de señales de aviso

A veces los clientes salen de la sesión convencidos de que harán las tareas y tienen capacidad para acometerlas, pero debido a la ausencia de indicadores se olvidan de ponerlas en marcha, en el día y la hora señalados. En estos casos, el terapeuta hará bien en dejar preparadas claves o señales en el entorno que ayuden a recordar el compromiso. La presencia y visibilidad de la misma hoja de registro es importante a tal fin, pero también pueden buscarse más alternativas, como escritos que lo recuerden (por ejemplo, con *post-it* en lugares convenientes), las alarmas en la agenda del móvil, el aviso de otras personas de la familia, o incluso llamadas telefónicas del terapeuta entre sesiones si lo considera apropiado.

8.3.7. Problemas con el manejo de contingencias

Como es bien sabido, el manejo de contingencias tiene que ver con el discernimiento de los antecedentes y los consecuentes de las conductas y el control de estos. Disponiendo el entorno de acuerdo con este conoci-

miento es mucho más probable que se pueda dirigir el comportamiento de la forma deseada. Por ejemplo, si para un determinado cliente acostarse muy tarde, porque se queda zapeando, predice que le será muy difícil levantarse a una hora temprana, ayudará a prevenir esta situación el programar llevar a cabo otra tarea a partir de las 10 de la noche (leer, pongamos por caso). Por otro lado, si tras cumplir escrupulosamente con la tarea doméstica de lavar los platos, la mujer del cliente le encarga que también recoja la lavadora y tienda, y que ayude a hacer los deberes a los niños, y esta acumulación abruma al cliente, es posible que vuelva a recuperar las conductas depresivas. En este caso, el terapeuta deberá hablar con la mujer e indicarle la conveniencia de incorporar esas actividades más despacio. En suma, analizar con detenimiento antecedentes y consecuentes de las conductas problemáticas y actuar con coherencia con este análisis reducirá las posibilidades de que la programación fracase.

8.3.8. Problemas con las conductas condicionadas clásicamente

En algunos casos, tras sucesos traumáticos es posible que determinadas personas o situaciones queden condicionadas clásicamente y provoquen unas emociones difíciles de rebajar y que interfieren con la asignación de tareas. Así, por ejemplo, una crisis de ansiedad intensa que se sufrió en un autobús puede hacer a un cliente muy difícil el hecho de desplazarse sin compañía en este transporte, aunque sepa que de lograrlo no dependería de otras personas y ganaría autonomía, por lo que sus posibilidades de reforzamiento se incrementarían. En estas situaciones, el terapeuta debe abordar previamente ese condicionamiento para que no estorbe en el proceso de activación, quizás por medio de una técnica de Desensibilización Sistemática, de una exposición, de la relajación o de otros procedimientos contrastados.

8.3.9. Problemas con otras reacciones emocionales y pensamientos que interfieren con la activación

A veces no solo el bajo estado anímico puede llevar al cliente a no cumplir con el plan de activación: también emociones como el enfado, la vergüenza, el asco, e incluso otras positivas como el estar alegre y despreocupado pueden tener el mismo efecto. En todos estos casos, será bueno

recordar la idea de actuar de acuerdo con un plan, y no tanto con una emoción, que es igualmente aplicable a todas estas emociones (no únicamente a la tristeza o la desesperanza). Igualmente, ciertos pensamientos contrarios a la ejecución de las tareas (por ejemplo: "lo he intentado otras veces sin resultados", "¿qué sentido tiene?", "lo dice mi psicólogo, pero cómo estar seguro", "es lo mismo hacer estas cosas en otro día o en otro momento", etc.) suponen una interferencia que dará al traste con la programación. Contemplar estos pensamientos y estos sentimientos como lo que son —meros pensamientos, meros sentimientos que llegan y se van— en línea con lo que recomienda el mindfulness, y entrenar esta actitud con el cliente es una forma aconsejable de eliminar su influencia negativa.

8.3.10. Problemas con el hecho de programar actividades y sentirse controlado

Es posible que, por la historia personal de algunos clientes, el mero hecho de programarles actividades y que estas sean revisadas les resulte incómodo o violento. Quizás experiencias muy acusadas de control familiar o escolar sean evocadas y provoquen rechazo a esta intervención. En estos casos, por un lado, conviene recalcar el aspecto colaborativo de la terapia, en que terapeuta y cliente forman un equipo. En realidad, las actividades programadas deben verse siempre como un medio para ayudarle a conseguir sus objetivos: están al servicio de las cosas que él realmente quiere alcanzar, y que, en consecuencia, traerán como consecuencia la mejora del estado anímico. Además, como ya se mencionó, será útil utilizar un lenguaje que no traslade esos significados, así, por ejemplo, es conveniente hablar de "asignación de actividades" más que de "tareas para casa", o de "ver juntos cómo ha transcurrido la semana" en vez de "revisar y comprobar el cumplimiento" o "corregir lo que no se ha hecho bien". Por supuesto, es el talante del terapeuta, más que unas expresiones determinadas lo que importa y lo que se cuidará para deshacer esas asociaciones.

8.3.11. Dudas respecto a la veracidad del registro

Es posible que un cliente presente registros de actividades cumplimentados pero que el terapeuta tenga dudas de su exactitud, por su perfección, por detalles que advierte o por características del cliente. Si además ob-

serva que el tratamiento no está surtiendo ningún efecto, que el cliente se muestra dubitativo y no ofrece pormenores, es excesivamente complaciente o comenta que se siente muy presionado (por familiares, por amigos o por el mismo terapeuta), se reúnen más datos para cuestionar la veracidad de los registros. Una situación particularmente difícil se produce si familiares u otras personas allegadas le comunican que, en realidad, el cliente no ha hecho nada de lo programado y que saben que no está siendo sincero en la consulta. Esta información coloca al terapeuta en una posición realmente delicada, para la cual habrá de servirse de su experiencia y habilidades. Lo primero que debe hacer es verificar si sus dudas están justificadas y, en caso de que así sea, tratar de enfocar el caso, de nuevo, desde una actitud colaborativa y de solución de problemas. Con respeto y tacto indagará en las razones de esa falta de sinceridad, y aprovechará esas razones para conocer más a fondo los problemas del cliente y mejorar el tratamiento. Intentará reenfocar la prescripción de los registros y, lógicamente, arbitrar medidas para que en el futuro se garantice su veracidad. Circunstancias como la presentada son realmente críticas, por eso, si se saben resolver con efectividad, la terapia se convertirá en un lugar de mejora especialmente beneficioso para el cliente, que trasciende la situación depresiva para convertirse en un lugar de crecimiento personal en general.

8.3.12. Problemas por la interferencia de la medicación

Es muy común que los clientes vengan medicados con psicofármacos y que estos interfieran de alguna forma en la terapia de AC. Por un lado, es posible que el cliente achaque al medicamento su mejoría. También es posible que un exceso de medicación haga más difícil la prescripción de determinadas actividades. Un último problema desde el punto de vista de la AC es que el consumo del fármaco sea una conducta más de evitación, pues el cliente se lo administra para rebajar su malestar y, en algunos casos, justificar la imposibilidad de acometer determinadas tareas (porque "está medicado", "está drogado", etc.). En realidad, los antidepresivos no están contraindicados cuando se sigue una terapia de AC, pero no es nada conveniente que se contrapongan a su modelo (porque lo nieguen o dificulten la activación). En esta situación, invitamos a las terapeutas a intentar entrar en diálogo con el prescriptor del fármaco para trasladarle nuestra forma de trabajar y colaborar con él para conseguir una posible reducción del tratamiento farmacológico según avance la recuperación del cliente,

9.3. El listado de conductas antidepresivas

Convencionalmente, se asocia el término antidepresivo a determinados fármacos; sin embargo, un poder antidepresivo mucho mayor lo poseen determinadas conductas para determinados sujetos. Como terapia idiográfica, la AC pregona que cada cliente debe aprender qué comportamientos son para él en particular el mejor asidero para no escurrirse de nuevo hacia la desesperanza.

En realidad, con el repaso de las hojas de registro y de las actividades programadas en las que se apuntó el estado de ánimo, no resulta difícil establecer un vínculo entre acciones y estados de ánimo positivos. Una vez descubierta esa asociación, es útil componer unos apuntes (que pueden ser manuscritos o notas en formato electrónico) que incluyan pistas para ayudar a auto-animarse y encontrarse mejor rápidamente. Estos apuntes servirían como eficaces recordatorios, pues, cuando el ánimo comienza a decaer, se torna más difícil recordar qué se hizo o qué estimuló una mejoría, para recuperarlo con confianza.

De forma algo más amplia, esta preparación, de acuerdo con Martell et al. (2010, p. 173-174), podría organizarse de forma práctica para el futuro dejando preparada para cada cliente una respuesta a estas cuestiones: (1) ¿qué contextos o situaciones incrementan mi vulnerabilidad a caer deprimido?; (2) ¿qué comportamientos contribuyen a mantenerme en un ciclo depresivo?; (3) ¿qué conductas antidepresivas necesito mantener o incrementar? y (4) ¿qué puedo hacer para incrementar las posibilidades de que siga adelante con mis conductas antidepresivas? Un ejemplo completado de estos apuntes se incluye en el Anexo XIV.

9.4. Identificar y prepararse para las situaciones de alto riesgo

Aunque se cuente con el listado mencionado en el apartado anterior, siempre es importante prepararse para situaciones especiales que, en caso de producirse, sin duda afectarán al cliente. Aprovechar la información que se aportó durante la evaluación del caso (especialmente, el análisis de las variables que iniciaron el proceso depresivo) y también los factores que, ya durante la terapia, afectaron más a la persona ayudará a adivinar cuáles pueden ser estas situaciones más comprometidas. Así, por ejemplo, si el inicio de la depresión o su agravamiento se asoció a una ruptura afectiva, a un cambio laboral, a disponer de excesivo tiempo libre no estructurado, a un enfrentamiento con

un familiar (o el recuerdo de este conflicto), a una disminución de recursos económicos, a un periodo sin contacto con amigos, a beber o enfrascarse en juegos de azar, a recibir críticas con continuidad en el trabajo, a la imposibilidad de hacer deporte durante un tiempo por una lesión o a un desengaño con un amigo, debe tenerse dispuesto un "plan de choque" ante la posible reaparición (o repetición) de cualquiera de estos factores.

Una forma de prepararse para esas contingencias consiste en dejar dispuestas para su relectura las programaciones de actividades que fueron útiles en la primera aparición de estos eventos. De hecho, es muy conveniente que el cliente guarde las hojas de programación de actividades y forme con ellas una carpeta bien organizada para su consulta posterior. En el capítulo 8 se mencionó que incluir en un cuaderno o carpeta para el cliente todas las hojas de monitorización, las programaciones de actividades semanales y el resto de registros (valores y conductas asociadas, contratos, etc.) constituye una forma muy adecuada mantener bien organizada la información y los recursos ganados a través de la terapia.

Asimismo, puede entrenarse en las últimas consultas cómo se pondría en marcha la estrategia de solución de problemas ante la hipotética aparición de situaciones de riesgo concretas, de forma que se haya ensayado previamente. Por ejemplo, recordando el esquema TRAP-TRAC y rellenándolo con datos relevantes. Estos planes, deben estructurarse y detallarse de la forma más completa posible, de manera que no existan dudas en su realización. Así, por ejemplo, es bueno que se compongan de pasos concretos como: 1. Durante un mes voy a volver a registrar mi estado de ánimo y mis actividades durante la semana; 2. Voy a hacer un listado de actividades que debo incorporar de nuevo; 3. Voy a programar cuándo las voy a hacer y cómo; 4. Voy a premiarme si lo logro cada semana (y estos son los premios...); 5. Voy a apuntar mi estado de ánimo cada semana y trasladarlo a una gráfica; 6. Voy a involucrar a mis familiares de esta manera...; etc.

Igualmente, puede ser conveniente que se incluyan llamadas de ayuda a personas de alrededor (que tendrán un guión de actuación también preparado) o, si la situación se prolonga temporalmente y acaba por percibirse como difícil de encauzar, incorporar llamadas al terapeuta.

9.5. Sesiones de refuerzo

Muchas terapias cognitivo-conductuales han comprobado que programar algunas sesiones de refuerzo aporta una garantía para mantener los bene-

ficios terapéuticos. En la AC este tipo de sesiones, que normalmente son de corta duración y que pueden llevarse a cabo presencialmente o bien telefónicamente o, incluso, a través de internet, también se incorporan tras finalizar la terapia. Pueden programarse con una determinada periodicidad (por ejemplo, al principio de la finalización del tratamiento cada mes y medio o dos meses, más adelante cada tres meses y, por último, cada seis meses), y pueden plantearse también (y dejarse así apuntado) —como se señaló en el punto anterior— cuando el paciente percibe que su ánimo desciende o que vuelve a aislarse, a abandonar actividades, etc.

El objetivo de estas sesiones es recuperar al cliente lo más rápidamente posible. Por eso, no son extensas y tienen un formato bien estructurado, en el que se recuerdan los objetivos que en su día se plantearon y las claves de la organización de las conductas antidepresivas y sanas que se mejoraron o que se programan ahora por primera vez.

En las sesiones de refuerzo de la AC, el terapeuta debe invitar al cliente a tomar un papel activo, no ofrecerle mucha ayuda si no es imprescindible, recordarle brevemente las claves de la intervención (aunque es mejor invitarle a que lo haga él mismo) y permitir que el cliente siga estructurando por sí solo su vida (o formalice un plan rápido de actuación si hay algún empeoramiento). Su función es más la de supervisión que la de intervención, a no ser que aprecie que el cliente vuelve a requerir de una ayuda o un apoyo más decidido y experto.

9.6. La práctica del mindfulness

Seguir practicando el mindfulness, tanto formal como de actividad, es otra manera de prevenir las caídas depresivas. Como la AC ha mostrado, además de otras terapias para la depresión (Cf. Segal, Williams, & Teasdale, 2001), la rumia improductiva conduce fácilmente a la recaída depresiva, por lo que deben mantenerse las estrategias que la previenen.

Aunque para muchas personas no es fácil mantener entrenamientos de mindfulness exigentes en cuanto al tiempo, sí que es plausible para la mayoría reservar algún día a la semana para algunas prácticas formales, de unos cuantos minutos, que recuerden la utilidad de estar en el presente, atendiendo a lo que se tiene alrededor. Además, la atención a cada actividad que se desarrolla (aunque sean banales, como comer, arreglarse, hacer tareas domésticas, pasear, hacer ejercicio, conversar con un amigo, etc.), apartando el enjuiciamiento de lo que se lleva a cabo, es otra manera de

practicar el mindfulness de forma práctica para la prevención de recaídas. En realidad, esta modalidad de mindfulness informal es la más próxima a la “atención a la experiencia” que preconiza la AC para que el cliente tome contacto permanentemente con las actividades reforzantes; y es igualmente útil una vez finalizada la terapia para seguir obteniendo gratificación de las actividades y de la vida. Existe una abundante bibliografía de divulgación sobre la práctica del mindfulness en el día a día que facilita el recuerdo y el compromiso con esta actividad (v.gr. Barraca, 2011).

La atención a la experiencia previene la rumia que envuelve a la persona y le dificulta la activación. Por eso, en las sesiones de refuerzo y seguimiento el terapeuta preguntará al cliente cómo nota ese contacto con las actividades y si su pensamiento vuelve a crear interferencias para que, en ese caso, de nuevo le indique cómo contrarrestar el pensamiento auto-crítico y rumiante.

Con todo, no se ha de perder de vista que la depresión como también la ansiedad son, antes que trastornos clínicos, condiciones existenciales reveladoras de problemas de la vida, como se argumentó en el capítulo 1. Son, por así decir, “barómetros” que miden la “presión” a la que está sometida nuestra vida o “sismógrafos” que registran la seguridad ontológica de nuestro estar-en-el-mundo. En particular, la experiencia depresiva no se ha de tomar sin más como recaída en un sentido médico, sino más bien como vibración de nuestra sintonía y de-sintonía con el mundo en un momento dado. Sin embargo, ante una posible reentrada en una situación de depresión siempre está todo lo anterior.

10

Variantes en la aplicación de la Activación Conductual

Varias publicaciones ha demostrado ya la eficacia de la AC, sola o en combinación con otros tratamientos, para ayudar a personas con problemas diferentes de la depresión. En el capítulo 3 se ha destacado el carácter transdiagnóstico de la AC. En las páginas siguientes, se mencionan trabajos que han aprovechado los principios de la AC para variaciones del mismo estado depresivo, como son la distimia y el trastorno bipolar, y también para cuadros mixtos ansioso-depresivos. Asimismo, se presenta la aplicación de la AC en situaciones de comorbilidad de depresión con otras enfermedades o trastornos, como el cáncer, el dolor crónico, la obesidad, la dependencia de sustancias o el trastorno límite de la personalidad. Por último, también se mencionará la adaptación de la AC al formato grupal y su aplicación a distintas edades, desde adolescentes a ancianos.

No es la intención de este capítulo ofrecer una revisión exhaustiva de todos los ámbitos o trastornos alternativos a la depresión en los que la AC se ha incorporado con éxito, sino exclusivamente, presentar una muestra para, de este modo, resaltar la versatilidad del enfoque y aprovechar esta información para orientar a los terapeutas en sus adaptaciones. La literatura de la AC crece exponencialmente y los trabajos que extienden su utilidad resultan a día de hoy inabarcables; no obstante, contar con una panorámica de esta diseminación nos ha parecido práctico para cerrar este volumen y sugerir así nuevas líneas de trabajo para futuras investigaciones y estímulo a los terapeutas que deseen aprovechar para sus distintos casos los fundamentos y el modo de organizar el trabajo que propone la AC.

10.1. Aplicación de la AC en los cuadros de depresión y ansiedad

Existen distintos trabajos en los que la intervención de AC ha servido para tratar casos en que la depresión se combinaba con síntomas de ansiedad (Barraca, 2010; Hopko, Lejuez, & Hopko, 2004). Aunque desde hace tiempo es conocida la comorbilidad entre ambas condiciones (Merikangas, Risch, & Weissman, 1994; Mineka, Watson, & Clark, 1998), si se ha planteado el uso de la AC en situaciones personales que mezclen ambos problemas se debe a la similitud funcional que —de acuerdo con el mismo modelo de la AC— puede darse entre la depresión y la ansiedad. Tradicionalmente, la perpetuación de la ansiedad se ha explicado por las conductas de evitación y, justo por eso, la exposición (en la modalidad que conviniere) se ha tenido por el tratamiento más recomendable. Pero para la AC la depresión también puede perpetuarse por las conductas de evitación y, por tanto, cuando la activación se prescribe para dejar de evitar situaciones incómodas o dolorosas a corto plazo, se sigue la misma lógica que en el tratamiento tradicional de la ansiedad. Si las terapias de exposición han mostrado un éxito tan notable en las fobias, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, etc. por los componentes evitativos que suponen es lógico que tengan igualmente eficacia en la depresión y que la terapia de una persona con ambos cuadros gane en eficiencia por las sinergias de este tratamiento.

Para Hopko et al. (2004), a pesar del hecho de que la activación conductual y la exposición en vivo pueden operar a través de diferentes principios de comportamiento (reforzamiento diferencial, el primero; extinción, el segundo), puede proponerse, manteniendo la coherencia, un tratamiento que los integre. Probablemente, la misma activación puede tener un papel en un la depresión y otro distinto en la ansiedad, pero resultar adecuada para la mejoría en ambos cuadros.

Otros autores, como Turner y Leach (2010), han defendido que la ansiedad comparte funcionalidad con la depresión, porque las personas con la primera muestran una alta frecuencia de reforzamiento negativo, que es tan característico de las conductas evitativas. Defienden que la AC puede ser tan efectiva en el tratamiento de la ansiedad como lo es en la depresión. Y, así, presentan una serie de casos en personas con cuadros exclusivamente ansiosos en el que una intervención de activación conductual —que denominan *BATA: Behavioral Activation Treatment of*

Anxiety (“Tratamiento de Activación Conductual de la Ansiedad”)— y que incluye monitorización, establecimiento de objetivos, programación de actividades y su revisión, y un enfoque de solución de problemas colaborativo, resulta eficaz para mejorar la ansiedad sin el concurso, por tanto, de otros componentes tradicionales en el tratamiento de la ansiedad, como la exposición gradual, el entrenamiento en relajación o la reestructuración cognitiva.

El trastorno de estrés postraumático (TEP) es otro diagnóstico con un componente importante de ansiedad en el que se ha aplicado frecuentemente la AC (Cf. Gros et al., 2012; Jakupcak et al., 2006; Jakupcak, Wagner, Paulson, Varra, & McFall, 2010; Mulick & Naugle, 2004; Mulick & Naugle, 2010; Plagge, Lu, Lovejoy, Karl, & Dobscha, 2013; Turner, & Jakupcak, 2010; Wagner, Zatzick, Ghesquiere, & Jurkovich, 2007). En este cuadro, la evitación guarda relación con los recuerdos traumáticos de la experiencia vivida, lo que, a su vez, puede favorecer el que esta siga presente durante años alterando gravemente la vida diaria y las actividades que se desarrollan. De hecho, es característico de las personas con TEP que se aíslan y que no se sientan capaces de hacer frente a su ansiedad. La AC aquí aplicada trata de recuperar esas actividades que dejaron de llevarse a cabo, aunque eso suponga volver a contactar, en un primer momento, con las experiencias dolorosas. De este modo, en la intervención se identifican las conductas de evitación actuales, así como las recompensas y objetivos terapéuticos que se alcanzarían si se extinguieran. En conjunto, el tratamiento con la AC ha mostrado en la mayoría de las investigaciones una mejora general en la calidad de vida y una reducción en los síntomas del TEP, que, de hecho, descendieron en mayor medida que los depresivos.

La aplicación de la AC en los cuadros en que a la depresión se suma la ansiedad (o en la que esta predomina) no es, en realidad, una aplicación distinta a la presentada ya en este libro, pero sí se deben tener en cuenta algunas consideraciones que favorecerán la eficacia de la intervención en este tipo de casos. Las hemos enumerado a continuación:

1. Al poner en marcha la AC en la depresión con ansiedad, las conductas de evitación se atenderán prioritariamente, por lo que su detección y el contrarrestarlas con otras de activación incompatibles con ellas será probablemente el objetivo terapéutico fundamental. Por tanto, más que la incorporación de actividades para volver a tener una vida más copada por reforzamiento, la evitación será el foco básico del trabajo del terapeuta.

2. La estructuración de las tareas de activación se asemejará aquí a la jerarquización de la exposición, por eso debe regularse con mucho cuidado de forma que no superen las capacidades del sujeto, en este caso influidas más por el miedo que por la falta de energía para llevarlas a cabo. Al respecto, las estrategias que se usan tradicionalmente para jerarquizar los ítems de una Desensibilización Sistemática o de una exposición en vivo pueden ofrecer pistas valiosas al terapeuta.
3. Las técnicas complementarias a la AC serán, en este caso, preferentemente las del control de la activación (relajación, respiración, auto-instrucciones), siempre que se juzguen necesarias.
4. Junto con los métodos de evaluación característicos de la AC (registro de actividades, BDI, EROS, BADS), será necesario incluir instrumentos de medida de la ansiedad (por ejemplo, BAI, STAI, escalas de evaluación del TEP, etc.).
5. El apoyo del terapeuta estará más orientado al manejo de la ansiedad, por lo que debe cuidar la información sobre la naturaleza y la función de la ansiedad, el proceso por el que se desborda la ansiedad y aparecen las crisis, la ausencia de peligro de estos síntomas, etc.
6. Sin embargo, al mismo tiempo y para resultar coherente con el modelo de AC, no se llevará al cliente a creer que las técnicas de relajación, mindfulness o auto-instrucciones son medios eficaces para “escapar” o “cortar” con la ansiedad cuando surja o prevenir que se desboque, pues, tal planteamiento tendría un efecto iatrogénico. Lo mismo cabe decir respecto a la medicación ansiolítica, que muchos de estos clientes pueden tomar, si se está empleado para el escape y la evitación. Deberá entenderse su papel contra-productivo y colaborar con el médico para que se plantee su reducción y eventual eliminación.
7. A la hora de seleccionar y programar las actividades, resultará fundamental que se aprovechen y saquen a relucir los valores del cliente que guarden más relación con retomar una vida no dominada por los miedos. El terapeuta hará ver las consecuencias a medio y largo plazo de recuperar unas actividades que se asocian con exponerse, para alcanzar así una vida más plena y que posibilite entrar en contacto con lo realmente valorado.
8. Por último, un recurso importante puede estar en un empleo adecuado del mindfulness. Si este, como se acaba de decir, no se con-

cibe como una estrategia de evitación (esto es, que el cliente crea que le va a servir para relajarse si la ansiedad sube), sino, por el contrario, como un método que ayuda a exponerse, a aceptar las sensaciones y los pensamientos negativos, sin magnificarlos ni dotarles de características que no poseen, o, en el caso particular del TEP, si ayuda a que los recuerdos dolorosos se contemplen como meros recuerdos, entonces será especialmente práctico para acompañar la activación.

10.2. La AC en cuadros relacionados con la depresión: la distimia y el trastorno bipolar

Si bien la información sobre la utilidad de la AC en la distimia y el trastorno bipolar es todavía anecdótica, los datos hasta ahora encontrados son prometedores en el tratamiento de estos problemas.

En un ensayo clínico aleatorizado publicado por García-Toro y colaboradores (García-Toro et al., 2012), en que participaron ochenta pacientes con distimia, trastorno bipolar y depresión mayor, se encontraron cambios muy positivos con la aplicación de técnicas de activación e higiene vital (concretamente: regulación del sueño, paseos vigorosos de al menos una hora diaria, exposición a la luz solar al menos de dos horas diarias y mantenimiento de una dieta sana y equilibrada). Lo que los autores presentan como una posible limitación del estudio –la no diferenciación entre los tres diagnósticos de depresión– en este caso puede verse como un dato relevante, pues el mismo plan de actividades resultó útil tanto para los sujetos con depresión mayor como para aquellos con distimia y trastorno bipolar. De acuerdo con los resultados, al final del programa, los participantes del grupo activo (frente a los del grupo control) disminuyeron significativamente sus síntomas depresivos e incluso se les prescribió un descenso farmacológico.

Aunque se trata de un estudio de caso, Barraca (2014) ha presentado un trabajo en el que se siguió un programa completo desde la AC a un sujeto de 34 años con un diagnóstico de distimia. A pesar de que el cliente había estado previamente siguiendo varios tratamientos, y que desde los 18 años el cuadro podía reconocerse, ninguna de las terapias llevadas a cabo había conseguido una mejoría clara y estable en su estado anímico. Después de un tratamiento de 32 semanas, en el que se regularizaron horarios, se incorporaron actividades físicas (correr cada vez más tiempo), se

afrontaron situaciones generadoras de ansiedad sin conductas de evitación, se comenzó la práctica del mindfulness, se ampliaron sus actividades sociales (círculo de lectura, curso de francés) y se comprometió con la búsqueda de un trabajo (estudio de una oposición), las medidas pretratamiento en el BDI y en el EROS mejoraron muy significativamente, así como la valoración subjetiva (de 0 a 10) que reportaba en cada sesión. El cliente manifestó que había mejorado sensiblemente y no recordaba, desde su adolescencia, una temporada en condiciones tan buenas.

En suma, aunque los datos aún son sin duda preliminares, existen ya algunos indicios que invitan a incorporar la AC como tratamiento no solo para las depresiones unipolares, sino también en los casos de trastornos bipolares y en la distimia. En ambas situaciones, el trabajo sobre la organización vital y los componentes de la activación más relacionados con la actividad física, la regulación horaria, una vida y dieta equilibrada parecen haber sido los más determinantes.

10.3. Aplicación de la AC en casos con cáncer y dolor crónico

La versión breve de la AC (la correspondiente a Lejuez et al., 2001) se ha aplicado a enfermos oncológicos desde su misma aparición, y son habituales los estudios en que se incorpora, especialmente en pacientes con cáncer de mama (Cf. Armento & Hopko, 2009; Hopko et al., 2011; Hopko et al., 2015; Ryba, Lejuez, & Hopko, 2014). Esta asociación no resulta nada extraña, pues la depresión es uno de los problemas más vinculados a la enfermedad tumoral. Por otro lado, se ha demostrado la relación entre el deterioro de las actividades recreacionales y físicas, los problemas en las relaciones sociales, y la afectación del sueño con un progreso más rápido de los síntomas del cáncer, más probabilidades de metástasis, mayor dolor y, probablemente, mayor mortalidad (Ciaramella & Poli, 2001; Spiegel & Giese-Davis, 2003). En español, también existen trabajos sobre su utilidad en oncología (Becerra-Gálvez, Lugo-González, & Reynoso-Erazo, 2013; Fernández-Rodríguez et al., 2011; Fernández-Rodríguez, Villoria-Fernández, Fernández-García, & González-Fernández, 2014). Por otro lado, en el dolor crónico, un problema en ocasiones asociado al cáncer, aunque también independiente, igualmente existen aplicaciones del tratamiento de la AC (Lundervold, Talley, & Buermann, 2008; Plagge et al., 2013)

En conjunto, estos trabajos han demostrado la eficacia de esta modalidad de intervención y, sobre todo, su capacidad para integrarse adecua-

damente con un tratamiento médico intensivo y que afecta severamente (intervenciones quirúrgicas, sesiones de quimioterapia o radioterapia, analíticas extensas y otras pruebas diagnósticas, revisiones, etc.); y, de hecho, su aplicación se ha producido fundamentalmente en entornos hospitalarios. Las modalidades de la AC más breves, estructuradas y centradas en unas pocas conductas a recuperar y con un menor número de técnicas, lógicamente son las que han encajado mejor en esta problemática. Por tanto, las conclusiones que derivaremos aquí obedecen fundamentalmente a las investigaciones publicadas con el protocolo de TACD. A modo de síntesis, los ejes de la intervención deberán tener especialmente en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se pondrá mayor énfasis en las conductas de activación que tienen que ver con la salud. Las conductas saludables: sueño, alimentación (a pesar de la falta de apetito por la enfermedad), movilidad, etc. serán las priorizadas.
2. El trabajo con los valores más trascendentales no deberá obviarse. La cercanía de la muerte y las limitaciones vitales permanentes que puede acarrear la enfermedad tienen aquí preponderancia, por lo que es necesario trabajar temas que se asociarán con el sentido de la vida, con el valor de la familia y allegados, etc.
3. Al final, si el paciente se ha curado del cáncer, habrá que programar un trabajo específico de recuperación de conductas de independencia y no asociadas a la enfermedad; que no supongan "recuerdo" o "estar en contacto con la enfermedad". La activación conductual debe incorporar, en este caso, este tipo de actividades.
4. Es especialmente importante en estos cuadros el concurso de los familiares, quienes, en muchos casos, pueden caer en el mantenimiento de las conductas depresivas o de enfermedad por el deseo de quitar fatigas a los clientes. De hecho, el terapeuta tendrá que reunirse con ellos para que entiendan que, en muchos casos, lo que deben hacer es motivar a los clientes para que lleven a cabo actividades que representen lo contrario a estar enfermo.
5. La monitorización con los registros y la evaluación periódica con instrumentos como el EROS o el BDI-II son importantes en la AC y se espera que, con el progreso del tratamiento, las puntuaciones en los cuestionarios mejoren. Sin embargo, los estudios de AC en pacientes con cáncer muestran muy claramente la interferencia de las distintas intervenciones médicas (sesiones de quimioterapia,

resultados de analíticas, operaciones quirúrgicas, afectaciones periódicas por malestar, dolores, etc.) en el ánimo, lo que puede hacer inviable una valoración cabal o independiente de la situación médica. Siendo la AC un tratamiento contextual e idiográfico, no puede sino considerarse la normalidad de esta situación y tratar de apreciar, a pesar de ella, la posible mejoría de la persona tratada.

10.4. La AC aplicada a personas con otros problemas comportamentales

Existen publicaciones, ya más limitadas en su número pero ciertamente interesantes, de la aplicación de la AC a distintos problemas comportamentales. Entre estos, y sin la pretensión de ser exhaustivos, se encuentran los que muestran la utilidad de la AC en personas con trastorno límite de la personalidad (Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir, & Lejuez, 2003), en pacientes con síntomas psicóticos (Romero, Poves, & Vucínovich, 2011), consumo de drogas ilegales (Daughters et al., 2008), obesidad (Busch et al., 2013; Pagoto, 2008) o en fumadores con depresión moderada (MacPherson et al., 2010).

Siendo la AC un tratamiento tan versátil, es normal que se haya incorporado como intervención específica dentro de paquetes más amplios de tratamiento que pueden requerir los problemas citados. Del mismo modo que la AC introduce para sus fines (lograr el contacto con el reforzador natural) técnicas de otras terapias (por ejemplo, un entrenamiento en habilidades sociales), también otras intervenciones multicomponente —por ejemplo, las que se emplean para el alcoholismo— pueden incorporar un módulo específico de AC para el refuerzo de su terapia.

Este es el caso también en el trastorno límite de la personalidad y para pacientes con conductas suicidas, parasuicidas o de auto-mutilación: la AC se ha propuesto como un complemento a la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 1993), una intervención bien corroborada en su eficacia para los casos de trastorno límite. No obstante, se han señalado algunas diferencias de enfoque importantes. Por ejemplo, de cara al descenso de las conductas autolíticas, la AC propone trabajar no tanto las habilidades de gestión emocional del propio paciente, cuanto acometer un cambio en el entorno para que aumente la exposición a experiencias de reforzamiento positivo y se incremente la frecuencia de conductas gratificantes y sanas. De acuerdo con la lógica de la AC, cuando las experiencias reforzantes se sucedan con continuidad, las

emociones y los pensamientos positivos correrán en paralelo, con el consiguiente descenso de las actos insanos y las auto-lesiones (Hopko et al., 2003). En suma, para la AC el incremento sistemático de la actividad reforzante se traducirá en un descenso de las conductas suicidas y parasuicidas.

De forma paralela a la terapia dialéctica, que aduce que la automutilación o los intentos de suicidio del paciente límite son formas de evitación (el dolor físico o la muerte servirían para escapar del malestar psicológico), la AC sostiene que las conductas depresivas pueden entenderse como un escape o evitación de las emociones negativas. Así pues, impulsar y motivar ese contacto con las acciones sanas —y que van a reportar un reforzamiento natural a la larga— a través de una correcta estructuración de tareas y una buena organización vital dará como resultado la mejor prevención del suicidio. Las técnicas de la AC ayudarán a perseverar en las conductas sanas y no evitativas de forma que, aunque al principio no se obtenga reforzamiento de estas, se prolonguen el tiempo necesario para comenzar a proporcionarlo. Hay que recordar que, a través de la programación de pequeñas actividades diarias fácilmente alcanzables, los clientes ganan pronto una sensación de metas alcanzadas y se ven, además, en dirección hacia objetivos de mayor alcance. Unas buenas habilidades terapéuticas deben aquí desplegarse dadas las características de estos clientes (la validación resultará especialmente pertinente), pero, en cualquier caso, la intervención resultará siempre más fácil de efectuar que la que exige una propuesta con la complejidad de técnicas y postulados que caracteriza la terapia dialéctica. De acuerdo con la AC, siempre es más parsimonioso y eficiente cambiar el entorno que tratar de cambiar las cogniciones o las emociones negativas. Estrategias como la monitorización de la AC, la programación de actividades sanas y reforzantes (y de acuerdo con las áreas y actividades valoradas por el cliente), el recurso a la solución de problemas cuando surge algún contratiempo, el refuerzo directo o a través de familiares con los que se establezcan contratos conductuales, o el empleo de la atención a la experiencia (para contrarrestar la rumia negativa) serán las que ayudarán al paciente límite. Es verdad, que en las sesiones habrá que controlar algunos problemas comunes en estos casos (queja y desahogo excesivos, negarse a cumplir las prescripciones de actividad, etc.), pero a través del manejo de las contingencias de la consulta misma podrán redirigirse adecuadamente.

Se ha mencionado ya al explicar los pasos de la AC (capítulo 8) que un entorno estructurado y que no refuerce las conductas insanas es el mejor marco para llevar a la práctica la terapia. En este caso del trastorno límite

resulta especialmente verdad, pues las conductas suicidas y de auto-lesión serán mejor contraladas cuando el paciente transmita sus deseos y pensamientos a sus allegados en el momento en que aparezcan, y los familiares o amigos tengan planes preparados para su gestión. Así, por ejemplo, se recomienda que no los refuercen, aunque tampoco los ignoren, sino que se focalicen hacia las conductas sanas y de auto-cuidado –previamente designadas en la consulta– y que ayuden a ponerlas en marcha. Así, por ejemplo, en el caso de que, tras una frustración, el cliente sienta deseos de atentar contra sí mismo, se alentarán y pondrán en marcha conductas incompatibles con esta tentativa (por ejemplo, hacer ejercicio, ir a misa, meditar, llamar a un familiar o un amigo, prepararse una comida muy apetecible, etc.) que, además, de cumplirse, se reforzarán según lo previsto. Pero estas conductas, más que servir de alternativa ante la aparición de emociones muy negativas –y que pueden llevar aparejados intentos de suicidio–, han de incluirse en el registro de actividades diario, de forma que adquieran una función preventiva. Estas sugerencias para el empleo de la AC con pacientes límites (dentro de un programa más amplio de la terapia dialéctica) han sido ilustradas en la práctica en el caso clínico presentado por Hopko et al. (2003).

Respecto a la inclusión del tratamiento de la AC en pacientes con síntomas psicóticos, se cuenta aún con escasa información. Romero et al. (2011) exponen la incorporación de la intervención breve de activación conductual en el caso de un paciente con esquizofrenia paranoide. En principio, por su sencillez, claridad y versatilidad, la AC parece una intervención especialmente adecuada para situaciones en que puede haber limitaciones cognitivas, como es el caso de los pacientes con esquizofrenia. Además, el conocido fenómeno de la caída en depresión tras la superación de una fase aguda psicótica, podría contrarrestarse adecuadamente con la AC, pues la recuperación de las actividades cotidianas suele ser uno de los focos en que incidir. Romero y sus colaboradores mencionan que un diagnóstico de esquizofrenia acarrea habitualmente unos cambios vitales importantes: el seguimiento del tratamiento medicamentoso, el corte con la actividad laboral, el abandono de relaciones sociales, etc., que fácilmente se traducen en una minoración de los reforzadores, todo lo cual conecta con los objetivos que la AC. Además, el paciente psicótico puede ver con agrado un tratamiento en el que su opinión y sus valores son parte esencial en el planteamiento, algo contrapuesto habitualmente al marco de trabajo médico en el tratamiento de estas patologías. Los resultados de la intervención que llevaron a cabo Romero et al. (2011) fueron excelentes: no solo se redujo la sintomatología depresiva del paciente, sino que también mejoró la sintomatología positiva y negativa propia del

trastorno psicótico. No obstante, los autores señalan con cautela que es imposible determinar si esto último es un efecto secundario derivado de la disminución de la sintomatología depresiva.

El consumo de drogas ha sido asociado también a la depresión, y, de hecho, un bajo estado de ánimo se correlaciona con un peor pronóstico en los tratamientos de las adicciones. Daughters et al. (2008), con una muestra de 44 consumidores de drogas ilegales que también tenían diagnóstico de depresión, asignaron aleatoriamente a los participantes a la condición de tratamiento usual (TAU) (22 sujetos) o a la de tratamiento usual más intervención breve con AC –algo modificada por la simplificación del formato y la incorporación de un entrenamiento en relajación muscular progresiva– (22 sujetos). Los resultados revelaron que los participantes en la condición que incluía la AC mejoraron significativamente más que los de la condición alternativa, tanto en la intensidad de la depresión, como en síntomas de ansiedad y en la sensación de recompensa vital (medida a través del EROS). Además, se mostraron más satisfechos con la intervención y sus tasas de abonado del tratamiento fueron menores.

Dado que hoy en día se ha insistido en la conveniencia de simultanear el tratamiento de la depresión con el de la dependencia de sustancias, y que en el caso de comorbilidad de los dos cuadros se ha abordado fundamentalmente a través de fármacos antidepresivos, una intervención tan acómodable y tan sencilla en sus técnicas como la AC parece especialmente útil en estas situaciones, y ha sido corroborada experimentalmente. Como factores a considerar en la aplicación en estos casos, habría que mencionar la importancia de enfatizar la reorganización vital (tan afectada en el consumo de drogas), el trabajo con apoyo social, la programación de conductas saludables, y la necesidad de afrontar problemas en vez de evitarlos (un factor que, sin duda, explicaría el consumo de drogas de muchas personas dependientes). En síntesis, la relativa protocolización de la AC, la posibilidad de aplicarlo en pequeños grupos (como se hizo en el caso aquí comentado), el breve tiempo que requiere, la adaptabilidad a muy distintas personas, y su fácil explicación a clínicos no expertos en diferentes modelos o técnicas cognitivo-conductuales la convierte en una opción especialmente recomendable para los terapeutas que trabajan en adicciones.

La aplicación de la AC en una condición como la obesidad también ha tenido su interés para investigadores y clínicos. Pagoto et al. (2008) afirman que hasta un tercio de las personas con obesidad están deprimidos y que estos pacientes, cuando son tratados con una terapia conductual, solo obtienen la mitad de pérdida de peso que los no deprimidos. En conse-

cuencia, acompañar los tratamientos destinados a la reducción de peso de métodos para mejorar anímicamente puede resultar una buena estrategia. En el estudio de Pagoto, 14 personas con un diagnóstico comórbido de depresión mayor y obesidad complementaron un tratamiento de consejo nutricional breve y sencillo con una intervención desde la AC. Tras doce semanas de tratamiento, 10 de los 14 participantes se podían considerar en remisión completa de la depresión, y en ellos se observaron también reducciones significativas en el peso corporal, en las calorías consumidas diariamente y en la actividad física desplegada. En conclusión, la AC, junto con la orientación nutricional, puede poseer una influencia muy positiva en la pérdida de peso para sujetos deprimidos.

Desde nuestro punto de vista, es fácil entender que un tratamiento para la depresión como la AC resulte idóneo para una condición como la obesidad, por detalles como la prescripción de la recuperación de tareas y los estilos de vida saludables, la programación de actividades físicas o ejercicios (que, además, pueden ser incompatibles con estar comiendo), la extinción de evitaciones (como puede ser comer para escapar del malestar y los problemas). En fin, un problema en que la inactividad y la sobrein-gesta son estrategias de control emocional o vinculado a hábitos de vida pasivos y a la falta de actividades programadas, será más atajable con una intervención de las características de la AC.

Por último, un trabajo muy cuidado metodológicamente de MacPherson et al. (2010) revela que la AC también puede ayudar a los fumadores con síntomas depresivos que desean librarse de su adicción. En un ensayo clínico aleatorizado, con 68 adultos fumadores, los autores comprobaron que los participantes en el grupo de AC junto con estrategias comúnmente utilizadas para el abandono del tabaco (que incluían parches de nicotina), frente a los que solo se servían de las estrategias comunes, mostraron al final de la intervención y en un seguimiento de 26 semanas mayor abstinencia y una mejoría significativa del estado anímico. Por tanto, la AC puede convertirse también en un complemento útil para los tratamientos destinados al abandono de la nicotina, en especial si los fumadores presentan también síntomas depresivos.

10.5. Variantes en la aplicación de la AC

La AC también ha cambiado de formato para ajustarse a distintas necesidades. Las que más repetidamente aparecen en la bibliografía se incluyen

en este apartado (aplicaciones en formato grupal, en adolescentes, en personas mayores y con ciertos déficits, discapacidades o diferencias culturales). Se mencionaran aquí solo unas orientaciones básicas de estas adaptaciones de la AC.

10.5.1. Las aplicaciones en formato grupal

(Chu, Colognori, Weissman, & Bannon, 2009; Houghton, Curran, & Saxon, 2008; Porter, Spates y Smitham, 2004). En general, esta modalidad ha aportado resultados positivos, pues la mayoría de los participantes mejoraron significativamente en las medidas de depresión empleadas y los abandonos fueron escasos. La aplicación de este formato de AC se ha llevado a cabo mayoritariamente con grupos de pocos participantes (en torno a 5 sujetos), el tratamiento se protocoliza y simplifica más, y se acompaña de algunas otras técnicas (por ejemplo, la relajación).

10.5.2. Las aplicaciones con adolescentes

(Davidson et al., 2014; McCauley, 2011; Ritschel, Ramirez, Jones, & Craighead, 2011; Ruggiero, Morris, Hopko, & Lejuez, 2007; Wallis, Roeger, Milan, Walmsley, & Allison, 2012). Se han publicado casos clínicos y estudios semi-aleatorizados de la utilidad de la AC en adolescentes (que, en ocasiones, también se ha administrado de forma grupal). Hay que tener en cuenta que hasta un 20% de los adolescentes tiene posibilidad de sufrir un episodio depresivo y que, en su caso, la afectación de la vida académica y social, aunque sea por breve tiempo, acarrea problemas que pueden perdurar durante años. Para adaptarlo a esta población, la AC se ha servido de cuadernos-manuales y textos que resultan sencillos y atractivos para los jóvenes. También se ha aplicado a través de internet. En conjunto, desde estas intervenciones se deduce que una AC con adolescentes requiere adaptaciones específicas que, fundamentalmente, incluyen: (1) la colaboración estrecha y el compromiso con los padres del adolescente; (2) métodos alternativos para la selección de las conductas a intervenir (el trabajo con los valores no puede llevarse a cabo igual que si se tratara de un adulto); (3) incorporar desde el inicio el entrenamiento en habilidades de los que el adolescente pueda carecer y que resulten importantes para la consecución de los reforzadores; (4) un trabajo más activo

con la solución de problemas en el momento de aparecer la rumia depresiva; y (5) una mayor flexibilidad en la presentación de la terapia, aunque mantenga su estructura característica.

10.5.3. *Las aplicaciones en personas mayores*

(Lazzari, Egan, & Rees, 2011; Moss, Scogin, Di Napoli, Presnell, 2012; Pasterfield, Bailey, Hems, McMillan, Richards, & Gilbody, 2014; Pole-nick & Flora, 2014; Snarski, Scogin, DiNapoli, Presnell, McAlpine, & Marcinak, 2011; Turner & Leach, 2012; Yon & Scogin, 2009). La AC se ha puesto en práctica con personas mayores y ancianos en contextos residenciales (residencias geriátricas), en atención primaria, en aplicaciones por internet, por medio de biblioterapia, en la propia casa del cliente o en la consulta privada. Dada la sencillez y directividad del modelo, y que la estimulación de la actividad es el principal mandato de la terapia, es lógico que haya funcionado muy bien en ancianos deprimidos que han descendido significativamente su actividad, que mantienen actitudes dependientes y, en general, que descuidan la alimentación, la higiene, o presentan otras conductas poco saludables. Además, la terapia se ha combinado con procedimientos para contrarrestar los efectos de la ansiedad, del duelo complicado, y se ha aprovechado para el manejo de acontecimientos vitales adversos característicos de esta población (pérdidas afectivas, dificultades económicas, problemas de salud, etc.). Las adaptaciones de la AC a esta población han considerado particularmente el concurso de las limitaciones cognitivas, la comorbilidad con problemas físicos y los derivados de la soledad y carencias de apoyo social.

10.5.4. *Las aplicaciones para personas con niveles intelectuales o culturales bajos, distintas etnias o marcos culturales y analfabetismo funcional*

(Collado et al., 2014; Jacob, Keeley, Ritschel, & Craighead, 2013; Jahoda et al., 2014; Kanter et al., 2014; Santiago-Rivera, Kanter, Benson, Derose, Illes, & Reyes, 2008). Por último, hay que mencionar que existen también adaptaciones de la AC a personas con limitaciones intelectuales, y distintos problemas o diferencias culturales o étnicas que han demostrado una notable eficacia, confirmando, de este modo, la utilidad del tratamiento,

en especial cuando otras intervenciones cognitivas más complejas resultan difíciles de adaptar a este tipo de clientes. En concreto, estas aplicaciones de la AC han consistido en utilizar valores ajustados a la raza o cultura de distintos grupos étnicos (en especial, hay estudios con latinos y afro-americanos que viven en los EE.UU.); en sustituir los registros y guías clásicos por otros puramente visuales, con gráficos sencillos, pegatinas y dibujos para orientar a aquellos sujetos con analfabetismo, pobreza lectora o dificultades en la comprensión lingüística (para lo cual ya la TACD-R de Lejuez et al., 2011 ofrecen un modelo específico de registro); en incluir de forma más decidida recursos familiares, comunitarios y sociales en las intervenciones; y en acomodar el tipo de actividades reforzantes a los niveles económicos más limitados de estos grupos de sujetos. El énfasis de la AC por tener en cuenta el cambio en el entorno y las presiones que este pueda ejercer, en vez de en variables internas, explican que este modelo haya obtenido resultados tan positivos con todas estas poblaciones.

Bibliografía

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por el autor en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back*. New York: New Harbinger.
- Ambrosini, A., Stanghellini, G., & Langer, A. I. (2011). El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 302-311.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, identity and personality styles*. Oxford: Wiley.
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8, 23-47.
- (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clinica y Salud*, 21 (2), 183-197.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozano Bleda, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 998-1009.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Neike et al. (2013) Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med* 10(5): e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: The what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236-248.

- Collado, A., Long, K. E., MacPherson, L., & Lejuez, K. W. (2014). The efficacy of a behavioral activation intervention among depressed US Latinos with limited English language proficiency: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*, 231.
- Cougle, J. R. (2012). What Makes a Quality Therapy? A Consideration of Parsimony, Ease, and Efficiency. *Behavior Therapy*, *43*, 468-481.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 318-326.
- Dimidjian S., Hollon S. D., Dobson K. S., Schmalong K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., & Dunner, D. L. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 658-670.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual (4^a ed.)* (pp. 328-364). New York: Guilford.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalong, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and anti-depressant medication in the prevention of relapse and recurrence of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 468-477.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., et al. (2014) Behavioural Activation for Depression: An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE* *9*(6): e100100. doi: 10.1371/journal.pone.0100100.
- Fuchs, T. (2013). Existential vulnerability: toward a psychopathology of limit situations. *Psychopathology*, *46*, 301-308.
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., et al. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 834-849.
- Hopko, D. R., Magidson, J. F., & Lejuez, C. W. (2011). Treatment failure in behavior therapy: Focus on behavioral activation for depression. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(11), 1106-1116.
- 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*, 295-304.

- Kanter, J. W., Busch, A. M. y Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S. y Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADSD): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, *29*, 191-202.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Acierno, R., Daughters, S.B, & Pagoto, S.L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, *35*, 111-161.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, *25*, 225-286.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maj, M. (2011). When does depression become a mental disorder? *British Journal of Psychiatry*, *199*, 85-86.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, *28*, 97-110.
- (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Ratcliffe, M (2014). *Experiences of depression. A study in phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rhodes, S., Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Byford, S., Farrand, P. A., Gilbody, S., Hollon, S. D., Kuyken, W., Martell, C., O'Mahen, H. A., O'Neill, E., Reed, N., Taylor, R. S., Watkins, E. R., & Wright, K. A. (2014). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behaviour therapy for depression (COBRA): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* *15*: 29.
- Tellenbach, H. (1974). *Melancholia*. Madrid: Morata (traducción de 1976).
- Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 29-34.