

FABIÁN MAERO - PAULA JOSÉ QUINTERO

Con colaboraciones de Carl Lejuez

***Tratamiento Breve de
Activación Conductual
para Depresión***

***Protocolo
y guía clínica***

Librería **AKADIA** Editorial

***Tratamiento Breve
de Activación Conductual
para Depresión***

Protocolo y guía clínica

FABIÁN MAERO – PAULA JOSÉ QUINTERO

Con colaboraciones de Carl Lejuez

***Tratamiento Breve
de Activación Conductual
para Depresión***

Protocolo y guía clínica

Librería **AKADIA** Editorial

Fabián Maero – Paula José Quintero

Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión.
Protocolo y guía clínica - 1ra. Edición

Buenos Aires: Librería Akadia Editorial, 2015.

172 p.; 20 x 14 cm.

ISBN 978-987-570-271-4

1. Psicología I. Título

CDD 150

Fecha de catalogación: 19/06/2015

Imagen de portada "Underwater" de Elena Kalis

ISBN: 978-987-570-271-4

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma total o parcial, sea por medios electrónicos, mecánicos, fotocopiados o grabados, sin el permiso previo de los editores que deberá solicitarse por escrito.

© by Librería AKADIA Editorial, 2015
Paraguay 2078 (1121) Buenos Aires, Argentina
Paraguay 2065 (1121) Buenos Aires, Argentina
Tel. 4961-8614 / 4964-2230
e-mail: editorialakadia@gmail.com
<http://www.editorialakadia.com>

Hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en Argentina - Printed in Argentina



CONTENIDOS

Prefacio	XI
----------------	----

Primera parte

Bases conceptuales y empíricas de BATD	3
¿Qué es BATD?	3
Historia de los abordajes conductuales para depresión	3
Abordajes contemporáneos de activación conductual	6
Similitudes entre BA y BATD	7
La causa y mantenimiento de la depresión según BATD	8
BATD en la clínica	10
Principios básicos del tratamiento	11
Refuerzo y castigo	12
Moldeamiento	13
Atenuación	15
Soporte empírico para BATD	16

Segunda parte

El protocolo BATD	21
Acerca del protocolo	21
Componentes del protocolo	22
Estructura de las sesiones	24
Ritmo de las sesiones	24

TRATAMIENTO BREVE DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA DEPRESIÓN - PROTOCOLO Y GUÍA CLÍNICA

Consideraciones generales	
Evaluación del consultante	25
Alianza terapéutica	25
El terapeuta BATD	26
Cómo usar este libro	28
	29
Sesión 1	
Sesión 2	31
Sesión 3	39
Sesión 4	55
Sesión 5	59
Sesiones 6 a 9	65
Sesión 10	71
	77

Tercera parte

Dificultades frecuentes y casos especiales	83
Dificultades frecuentes durante el tratamiento	83
Dificultades relativas a la realización de las tareas	84
Dificultades relativas al uso del tiempo en sesión	87
Dificultades relativas a las causas de la depresión que se da el consultante	88
Personalización y Adaptación del tratamiento	89
Ideación Suicida y Rumiación: dos posibles obstáculos	90
¿Qué ocurre si BATD no es suficiente?	92
Integración de BATD con otros Modelos de Psicoterapia	93
Aplicaciones de BATD con otras poblaciones	94
Aplicaciones de BATD en otros Formatos	96

Apéndice A

Guiones	101
---------------	-----

Apéndice B

Formularios	131
-------------------	-----



AUTORES

Fabián Maero

Psicólogo y profesor en psicología egresado de la Universidad Nacional de Rosario. Miembro de la Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) y miembro de Grupo ACT Argentina. Docente invitado en la Universidad de Buenos Aires, entrenador en BATD y formador en Terapia de Aceptación y Compromiso, ha participado en diversos proyectos con Carl Lejuez involucrando el CAPER, USA.

Paula José Quintero

Psicóloga clínica egresada con diploma de Honor de la Universidad de Buenos Aires. Miembro del equipo de Terapia Dialéctico-Conductual de Fundación Foro. Miembro de la Association for Contextual Behavioral Science (ACBS). Miembro de Grupo ACT Argentina. Se formó en Activación Conductual con el desarrollador del modelo Carl Lejuez Phd. Ex residente de Salud Mental, Hospital Ramos Mejía. Terapeuta y entrenadora en habilidades en Fundación Foro. Docente en cursos para graduados en Fundación Foro. Da clases de formación para Residentes y Talleres de Entrenamiento para profesionales de la salud en BATD y demás modelos de Tercera Ola.



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Carl Lejuez, que ha colaborado con nosotros desde el inicio de este proyecto y a Anahí Collado-Rodríguez, por realizar las primeras correcciones del manual en español. A los colegas que nos alentaron, apoyaron y ayudaron a que este proyecto se haga realidad, en especial a Eduardo Bunge, Javier Mandil y Ricardo Rodríguez Biglieri.

A Akadia por la fe.

Finalmente, a nuestras familias por la paciencia y por haber estado incondicionalmente durante toda nuestra vida.



PREFACIO

La depresión es un problema de salud serio. No sólo puede ser devastadora para la persona que la padece y su entorno social más cercano, sino que también es un problema para la sociedad en la cual sucede: el trastorno depresivo mayor ocupa el tercer lugar en Latinoamérica y el onceavo a nivel mundial en términos de impacto sobre la sociedad (Murray et al., 2012), con los costos económicos y sociales que esto implica (gastos en salud, horas de trabajo perdidas, enfermedades físicas asociadas, entre otros).

Además del impacto social y económico, la depresión probablemente sea el fenómeno que más frecuentemente se observa en la clínica psicológica, ya sea como diagnóstico completo o como presentación subclínica (es decir, personas con sintomatología depresiva pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos). En la clínica, los síntomas depresivos son el pan nuestro de cada día, presentándose de manera aislada o bien “acompañando” a otros trastornos (frecuentemente trastornos de ansiedad, véase Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler et al., 1998). Es por esto que Seligman (1975) escribió: “la depresión es el resfriado de la psicología y ha tocado las vidas de todos nosotros”

Afortunadamente, no hay escasez de tratamientos para depresión. La división 12 de la American Psychological Association, que enumera los tratamientos con soporte empírico para distintos diagnósticos, lista 6 tratamientos psicológicos con soporte empírico fuerte y 7 con soporte empírico moderado, y eso sin contar los abordajes farmacológicos (Strunk, 2015). Ante esta pluralidad de opciones se impone la pregunta: ¿qué tratamiento elegir?

Ahora bien, al hablar de depresión la eficacia de un tratamiento es sólo un aspecto de la cuestión. Si estamos hablando del “resfriado” de la psicopatología, necesitamos el equivalente a la “aspirina” de la psicopatología: un tratamiento de primera línea que, además de eficaz, sea fácil de aprender y fácil de aplicar, que pueda ser utilizado en situaciones en las cuales aplicar tratamientos más complejos y costosos no sea una posibilidad. En contextos como Latinoamérica y países en vías de desarrollo, en donde los recursos en salud suelen ser escasos, esto se vuelve imperativo.

Es justamente en esos contextos en donde activación conductual resulta una herramienta en extremo valiosa. No sólo porque tiene una eficacia similar a la de otros tratamientos más complejos para depresión (Dimidjian et al., 2006; N. Jacobson & Dobson, 1996), sino que se trata de un modelo sencillo de aprender y de implementar. Dado que es un modelo que incluye pocos elementos centrales la formación de terapeutas se simplifica enormemente. Nuestros talleres de entrenamiento, por ejemplo, suelen durar entre 5 y 7 horas, tiempo que alcanza para formar tanto terapeutas experimentados como principiantes, terapeutas familiarizados con modelos conductuales o terapeutas provenientes de otras tradiciones psicoterapéuticas.

Un protocolo de activación conductual puede, con mínimas adaptaciones, aplicarse tanto en psicoterapia individual como en formatos grupales, en sesiones extensas o en sesiones breves, e incluso como intervención paralela a otros tipos de tratamiento: un consultante puede recibir terapia cognitiva en formato individual y asistir a la vez a un grupo de activación conductual. Finalmente, como los protocolos de activación conductual son relativamente breves, pueden utilizarse como una primera etapa de

intervención y referir a los consultantes que no mejoren a tratamientos más adecuados a su caso en particular.

Podemos echar un vistazo a la historia y observar que algo similar pasó con la medicina: en los ámbitos hospitalarios las infecciones se redujeron dramáticamente no con el uso de antibióticos costosos, sino cuando en el siglo XIX los cirujanos comenzaron a desinfectarse las manos antes de operar. Ese procedimiento no elimina todas las infecciones pero sí la mayoría de ellas, y se trata de un procedimiento barato y fácil de implementar. Activación conductual está en una posición similar con respecto a la depresión: un procedimiento eficaz y accesible. Por esto, no estamos proponiendo a activación conductual como una panacea, sino como la mejor intervención de primera línea para depresión.

Las ideas básicas detrás de activación conductual han sido usadas como tratamiento psicológico desde la década del 70 basándose en principios de análisis y modificación de la conducta. Hoy existen varios formatos de activación conductual que comparten principios similares. En este libro ofreceremos el formato de tratamiento de BATD (por las siglas en inglés de Tratamiento de Activación Conductual para Depresión). Se trata de un protocolo de activación conductual de diez sesiones que ha sido testado en ámbitos diversos y es el formato de activación conductual más accesible y fácil de transmitir.

Hemos estado entrenando terapeutas en este modelo durante varios años y creemos que no sólo se trata de un modelo útil, sino imprescindible en Latinoamérica y en países en desarrollo en todo el mundo. Este libro es un intento de poner estas herramientas en manos de las personas que mejor uso les pueden dar.

Hemos tratado de mantener el lenguaje técnico al mínimo, y de facilitar el uso clínico del libro tanto como sea posible. Dado que activación conductual se basa en principios de análisis de la conducta, dedicaremos la primera parte del libro a revisar las bases teóricas y empíricas de BATD. La segunda parte del libro contiene una descripción detallada de los procedimientos involucrados en cada sesión siguiendo el manual BATD revisado (Carl W. Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto,

2011). En la tercera parte del libro revisaremos dificultades frecuentes, aplicaciones especiales de BATD y su integración con otros modelos de trabajo. En el Apéndice se pueden encontrar copias de todos los formularios necesarios (que también pueden descargarse desde nuestra página web www.batd.com.ar), y además hemos incluido guiones en estilo coloquial para trabajar con los consultantes cada uno de los procesos de BATD.

CASES CONCEPTUALES Y EMPÍRICAS DE DATO

P PRIMERA PARTE

El presente libro es una obra de carácter académico que aborda el estudio de los casos conceptuales y empíricos de datos. El texto está dividido en varias secciones que exploran diferentes aspectos de la investigación y el análisis de datos. El primer capítulo introduce el tema y establece el marco teórico. Los siguientes capítulos presentan casos empíricos que ilustran la aplicación de los conceptos teóricos en contextos reales. El libro concluye con una reflexión sobre el estado actual de la investigación y las perspectivas futuras.

BASES CONCEPTUALES Y EMPÍRICAS DE BATD

Carl Lejuez¹

¿Qué es BATD?

BATD (siglas en inglés de Tratamiento de Activación Conductual para Depresión), es un tratamiento altamente estructurado y con un sólido soporte de investigación para depresión. La meta de este tratamiento es ayudar a los consultantes a desarrollar patrones más saludables de conducta, en los que se incluyan actividades importantes y agradables cada día, de manera de ayudarlos a lograr realización y un sentido de propósito en su vida. BATD se dirige a modificar la conducta del consultante como un método para mejorar su estado de ánimo y su calidad de vida en general. Dicho en pocas palabras, BATD es acerca de cambiar la vida a través de cambiar la conducta de manera significativa. Se trata de un enfoque potente para individuos con depresión porque se enfoca directamente en las características centrales de la depresión y ayuda a las personas a motivarse para tomar un rol activo en su mejoría.

Historia de los abordajes conductuales para depresión

Activación conductual no es una idea nueva. Los fundamentos conceptuales básicos de activación conductual se derivan directamente de

1 Traducción y adaptación por Fabián Maero

los primeros modelos conductuales que se desarrollaron para depresión, que sugieren que los principios básicos de refuerzo y castigo pueden explicar el desarrollo y el mantenimiento de la depresión (Ferster, 1973; P. Lewinsohn & Graf, 1973; P. Lewinsohn, 1974)

Skinner (1953), postuló que la depresión estaría asociada a una interrupción de las secuencias establecidas de conductas saludables que habían sido positivamente reforzadas por el ambiente. En desarrollos posteriores de ese modelo la reducción del refuerzo positivo para la conducta saludable fue atribuida a una disminución en el número y rango de estímulos reforzadores disponibles para un individuo y una conducta determinada, a una falta de habilidades para refuerzos (P. Lewinsohn, 1974), o bien a una tasa de castigo elevada (P. Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge, & Teri, 1984). En otras palabras, el mantenimiento de las conductas depresivas resultaría de una combinación de reforzamiento de las conductas depresivas y una falta de reforzamiento —o incluso presencia de castigos— para las conductas saludables alternativas (Ferster, 1973; Kanfer & Grimm, 1977; Kazdin, 1977). Si bien el ánimo y la conducta deprimida inicialmente pueden ser sostenidas a través de refuerzos positivos, las conductas depresivas en última instancia pueden llevar a consecuencias sociales aversivas en la forma de respuestas negativas por parte de las personas significativas en la vida del consultante (Coyne, 1976).

Basada en estos modelos etiológicos, la terapia conductual para la depresión durante la década del '70 se enfocó en aumentar el acceso a eventos agradables y a refuerzos positivos, a la vez que intentaba disminuir la intensidad y frecuencia de eventos aversivos y de consecuencias que funcionaran como castigos (P. Lewinsohn & Graf, 1973; P. Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Sanchez, Lewinsohn, & Larson, 1980)

Ahora bien, a medida que fue creciendo el interés en las teorías cognitivas en el último cuarto del siglo XX, las intervenciones conductuales basadas exclusivamente en teorías del aprendizaje fueron consideradas insuficientes, y la ausencia de intervenciones cognitivas directas fue considerada como una limitación para el tratamiento conductual. Este nuevo espíritu de época se manifestó en la creciente popularidad de

la terapia cognitiva y culminó con la inclusión la misma (a la vez que se excluyó la terapia conductual), en el Programa Colaborativo de Investigación para el Tratamiento de la Depresión (TDCRP; Elkin et al., 1989), financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Pero aun así, la distinción entre las intervenciones para depresión consideradas puramente “cognitivas” o “conductuales” resultaba borrosa a causa de su considerable superposición técnica y conceptual (Steven D. Hollon, 2006). De hecho las estrategias cognitivas han sido integradas en abordajes conductuales (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops, & Seeley, 1999; Fuchs & Rehm, 1977; P. Lewinsohn et al., 1984, 1980; P. M. Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1978), y viceversa (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

A pesar de la eficacia documentada y la amplia popularidad de las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales (K S Dobson, 1989; Elkin et al., 1989; Shea et al., 1992), varios hallazgos recientes, junto con desarrollos socioeconómicos y profesionales, han permitido plantear que quizá los abordajes puramente conductuales para tratar la depresión fueron abandonados demasiado rápidamente. En primer lugar, las organizaciones de cuidados comunitarios han establecido la necesidad de desarrollar y utilizar intervenciones psicosociales que sean acotadas en el tiempo y validadas empíricamente (Peak & Barusch, 1999), las cuales son características típicas de los modelos conductuales. En segundo lugar, datos provenientes de estudios clínicos sólidos demostraron que los cambios cognitivos pueden ocurrir con igual probabilidad ya sea que se utilicen manipulaciones medioambientales o intervenciones cognitivas (N S Jacobson & Gortner, 2000; N. Jacobson & Dobson, 1996; Simons, Garfield, & Murphy, 1984; Zeiss, Lewinsohn, & Muñoz, 1979).

Consistentemente con la noción de que las intervenciones cognitivo-conductuales extensas pueden ser innecesarias para inducir mejorías clínicamente significativas en los síntomas depresivos, Rehm y colaboradores (1981) demostraron en un estudio de desmantelamiento inicial que los componentes de la terapia de autocontrol pueden ser tan efectivos como el paquete de tratamiento en su totalidad. En tercer lugar, los beneficios terapéuticos de los paquetes cognitivo-conductuales para

depresión a menudo ocurren en las sesiones iniciales del tratamiento, que es justamente una etapa en la cual los componentes conductuales son los más prominentes (S D Hollon, Shelton, & Davis, 1993; Otto, Pava, & Sprich-Buckminster, 1996).

Abordajes contemporáneos de activación conductual

El primer conjunto contemporáneo de evidencia para los supuestos básicos de activación conductual vino de Jacobson y colaboradores (1996), que llevaron a cabo un estudio de desmantelamiento de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en el cual encontraron que utilizar sólo los componentes conductuales de TCC para depresión (Beck et al., 1979), funcionaba igual de bien que utilizar el paquete completo TCC.

Jacobson y colaboradores (op.cit.), llamaron "Activación Conductual" al componente conductual de TCC, el cual abarcaba una amplia gama de estrategias conductuales a lo largo de 20 sesiones, incluyendo: (a) monitoreo de las actividades diarias; (b) evaluación del dominio y agrado conseguido al realizar una variedad de actividades; (c) la asignación de tareas cada vez más desafiantes que podrían generar una sensación de dominio o agrado; (d) ensayo cognitivo de las actividades planificadas, en el cual los participantes se imaginaban a sí mismos llevando a cabo varias actividades, con la finalidad de encontrar obstáculos al dominio o agrado de esos eventos; (e) discusión de problemas específicos (por ejemplo, dificultades para dormir), y la prescripción de técnicas de terapia conductual para lidiar con ellos; y (f) intervenciones para mejorar déficits de habilidades sociales (por ejemplo, asertividad y habilidades de comunicación).

Luego del trabajo de Jacobson en 1996, que proporcionó un fuerte soporte empírico para activación conductual en general, Martell, Addis y Jacobson (2001), y luego Martell, Dimidjian, y Hermann-Dunn (2010), desarrollaron un manual comprensivo de tratamiento de activación conductual denominado "activación conductual" a secas (BA, por las siglas en inglés), que se expandió para incluir un foco primario en la evitación conductual como también otras estrategias relacionadas indirectamente

a activación conductual (por ejemplo, distracción, entrenamiento en mindfulness y auto-reforzamiento). Varios ensayos clínicos aleatorizados han indicado que es una alternativa eficaz y con una buena relación costo-beneficio respecto de terapia cognitiva y medicación antidepresiva (Dimidjian et al., 2006; Keith S Dobson et al., 2008).

En una línea de investigación independiente, Lejuez, Hopko, and Hopko (2001) desarrollaron un tratamiento compacto de 10 sesiones limitado a componentes directamente relacionados con activación conductual, incluyendo un foco en el monitoreo y planificación de actividades con un enfoque idiográfico y basado en valores. Así, construyendo sobre los hallazgos de Jacobson et al (op.cit.), el Tratamiento de Activación Conductual para Depresión (BATD), fue desarrollado. En el año 2011 se publicó una versión revisada y modificada del protocolo (Lejuez et al., 2011), en la cual se basa este libro.

Similitudes entre BA y BATD

Aunque estos dos modelos contemporáneos de activación conductual utilizan estrategias diferentes, ambos abordajes están basados en extensiones de los modelos conductuales tradicionales sobre la etiología y el tratamiento de la depresión. También representan una extensión de dichos modelos ya que han adoptado un modelo balanceado de aceptación-cambio que está ganando apoyo en muchas áreas de psicopatología (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

Basada en este paradigma, la activación conductual involucra en parte enseñar al consultante a formular y llevar a cabo metas conductuales independientemente de los pensamientos y estados de ánimo aversivos que pudieran experimentar. Este claro foco en la acción hace innecesario los intentos directos de control y cambio de tales pensamientos y estados de ánimo. Presentar la conducta manifiesta como foco activo del tratamiento contradice las ideas preconcebidas centrales de muchos consultantes e incluso de nuestra cultura. Específicamente, la explicación del tratamiento que se proporciona a los consultantes es que los cambios en los patrones de conducta manifiesta probablemente coincidan con cambios

en los pensamientos y estado de ánimo, que en la mayoría de los casos son posteriores y no anteriores al cambio conductual.

A diferencia de Hayes y colaboradores (op.cit.), que sostienen que se debe disminuir la literalidad de la conducta verbal para poder lograr actuar de manera independiente del estado de ánimo, ni BA ni BATD requieren que este paso intermedio se lleve a cabo, aun cuando tales cambios suelen ocurrir naturalmente con el paso del tiempo a medida que comienzan a producirse los beneficios de la activación.

Lo que los abordajes de activación consideran como central para el éxito del tratamiento es ayudar a cambiar al consultante de un estilo de vida basado en la evitación a un estilo de vida basado en la actividad.

Como con otros modelos explicativos de la depresión, la importancia de la cognición en la génesis y mantenimiento de la depresión es reconocido en los abordajes basados en activación conductual, pero las cogniciones no son consideradas como causas proximales y por tanto no se intenta el cambio directo de las mismas. De este modo, los procedimientos de activación conductual lidian indirectamente con las emociones y cogniciones, por medio de poner a la persona en contacto con consecuencias más positivas para la conducta observable. De esta manera, activación conductual lidia con los factores ambientales del estado de ánimo depresivo, un componente que es externo, observable, medible y susceptible de ser modificado.

La causa y mantenimiento de la depresión según BATD

Al intentar comprender la génesis y mantenimiento de la depresión es importante considerar todo el contexto y el conjunto de las conductas de una persona. Una forma de pensar la depresión es verla como el incremento relativo de la frecuencia de un grupo de conductas (conductas depresivas), lo cual a su vez genera una disminución relativa de la frecuencia de otro grupo de conductas (las conductas saludables o no-depresivas).

BATD se basa en un principio conductual llamado "ley de igualación" (Herrnstein, 1961), bastante complejo que a fines prácticos se puede de-

finir como una forma de predecir qué alternativa será elegida en función de múltiples factores ambientales. La pregunta en el caso de la depresión es qué es lo que hace que se emitan las conductas depresivas en lugar de las saludables.

Los principios conductuales establecen que para que una conducta se sostenga debe existir un refuerzo. BATD considera que la depresión se genera y se mantiene cuando el valor de los refuerzos para las conductas deprimidas es alto, lo cual a su vez hace que el valor relativo de los refuerzos para las conductas saludables se vea reducido. Dicho de otro modo, en la depresión tienen mayor valor los refuerzos de las conductas depresivas que los refuerzos de las conductas saludables, y este desplazamiento del valor de reforzamiento se correlaciona con un cambio en las preferencias. Por ejemplo, si el refuerzo para las conductas saludables es obtenido con la mitad de la frecuencia que el refuerzo para las conductas depresivas, las conductas saludables ocurrirán la mitad de las veces.

Para reducir la conducta depresiva, entonces, el tratamiento debe enfocarse en incrementar los refuerzos para las conductas saludables. Basándonos en la ley de igualación, la depresión persiste porque (a) el refuerzo disponible para las conductas saludables es bajo o inexistente o (b) la conducta depresiva produce una tasa relativamente alta de reforzamiento.

Dado que factores biológicos y contextuales pueden influenciar la ocurrencia de conducta depresiva y los factores que la mantienen, las etapas iniciales del tratamiento deberían por lo tanto iniciar con una evaluación de la función de la conducta deprimida. Esto es, la conducta depresiva, ¿está sostenida por (a) una ausencia de refuerzo para la conducta no depresiva, (b) presencia de refuerzo para la conducta depresiva, o (c) una combinación de ambas? Además: ¿cuáles son los contextos particulares en los cuales los estímulos funcionan y no funcionan como reforzadores para conductas depresivas y no depresivas? ¿Es el problema cíclicamente recurrente y hay antecedentes históricos contribuyendo a los patrones actuales de conducta? Una vez que los estímulos que juegan un papel central en el mantenimiento de la depresión son

identificados, el tratamiento deberá enfocarse en eliminar o reducir los refuerzos para las conductas depresivas (por ejemplo, reducir la atención contingente a reportes de depresión), con el objetivo de incrementar la proporción de conductas saludables respecto a las depresivas.

Las conductas depresivas ocurren frecuentemente no sólo cuando hay una ausencia de refuerzo de las conductas saludables, sino también cuando el refuerzo para las conductas saludables es diferido. En tales casos, este retraso en el refuerzo a menudo reduce la probabilidad de la ocurrencia a largo plazo de la conducta y de los eventuales reforzadores. Por ejemplo, comenzar un programa de ejercicio proporciona muy poco reforzamiento inmediato, y esto quizá lleve a una disminución o cese de la conducta de ejercitarse. Sin embargo, cuando tal conducta ocurre de manera sostenida a menudo produce reforzadores tales como mejoras en la salud, valoraciones positivas de la apariencia personal, y un incremento del contacto social. Debido a esto, quizá sean necesarios otros reforzadores alternativos, tales como aliento o pequeñas recompensas (por ejemplo, oportunidades para que el consultante acceda a actividades agradables), para aumentar la probabilidad de que esa conducta se sostenga. A medida que la conducta saludable comience a producir reforzadores naturales (por ejemplo, mejorar el estado físico como consecuencia natural del ejercicio), esos reforzadores artificiales pueden ser atenuados y eventualmente eliminados.

BATD en la clínica

La depresión es incapacitante porque hace que la persona se sienta cansada y sin ánimo para hacer las cosas que le importan. La persona se siente atascada y espera sentirse mejor en algún momento, con más energía y con pensamientos más positivos. Algunos abordajes para la depresión intentan cambiar en primer lugar los pensamientos y sentimientos negativos de la depresión, pero BATD se dirige a cambiar ante todo la conducta de la persona deprimida, con la idea de que esos cambios producirán pensamientos y sentimientos más positivos, y una sensación de bienestar en general. En otras palabras, BATD considera que los pensamientos y sentimientos negativos cambiarán sólo después

de que un consultante cambie sus conductas y tenga experiencias vitales más positivas basadas en esos cambios.

A menudo cuando trabajamos con consultantes deprimidos nos encontramos con que están luchando con la inactividad y que evitan muchas experiencias vitales. Sin embargo, otros consultantes pueden estar muy activos, y aun así estar deprimidos. Esto puede suceder si, en lugar de estar inactivos, esos consultantes se sienten abrumados con actividades que no son satisfactorias o que sólo llevan a cabo por obligación externa. Por ejemplo, pueden estar muy ocupados en el trabajo o en su hogar, pero si estas actividades son realizadas sólo para ayudar a otras personas, dejando de lado sus propias necesidades y sentimientos, esto puede resultar en sensaciones de vacío e insatisfacción, seguidas por confusión y culpa por tener tales sentimientos. Por esto, no sólo es importante que tengan varias actividades en su vida, sino que tengan actividades que específicamente provean algún grado de placer o realización.

BATD es un abordaje muy directo que incluye cuatro componentes clave. Estos componentes son:

- 1) Monitoreo de la actividad del consultante
- 2) Consideración de áreas vitales clave e identificación de los valores y actividades en cada área vital
- 3) Selección y planificación de actividades orientadas a esos valores
- 4) Estructura y apoyo para vivir una vida valiosa

Estos cuatro componentes de tratamiento son implementados con varios ejercicios en sesión y tareas para realizar entre sesiones. Estos componentes pueden ayudar a la persona a identificar sus valores y actividades diarias vinculadas a esos valores, con estrategias para ayudarlos a llevar a cabo con éxito estos cambios vitales.

Principios básicos del tratamiento

BATD tiene fuertes raíces conductuales. En el centro de todos los tratamientos conductuales hay un conjunto de principios básicos para comprender el comportamiento humano que son aspectos claves de este

abordaje de tratamiento. Comprender estos principios mejorará en gran medida la habilidad de llevar a cabo BATD y resolver obstáculos que pudieran surgir al llevarlo a la práctica.

Refuerzo y castigo

Los principios de refuerzo y castigo están en el corazón de la terapia conductual. Un reforzador se puede definir como *una consecuencia que lleva al incremento de la frecuencia de una conducta determinada*, y un castigo se puede definir como *una consecuencia que lleva a una disminución de la frecuencia de una conducta determinada*.

Estos conceptos permiten un análisis de la función de la conducta, incluyendo un foco en lo que motiva a un consultante a buscar y sostener una psicoterapia. Una característica clave de este abordaje es que un estímulo en particular no va a servir como refuerzo o castigo para todos los individuos, ni siquiera para el mismo individuo en todas las situaciones. Debido a esto, es crucial enfocar las intervenciones de manera que abarquen variables idiográficas y contextuales. En efecto, esforzarse por comprender las experiencias ambientales únicas del consultante no sólo incrementa la probabilidad de identificar refuerzos o castigos funcionales para determinados contextos, sino que además demuestra empatía y comprensión, lo cual puede mejorar la alianza terapéutica.

Al considerar refuerzo y castigo, es importante determinar exactamente qué lleva a un estímulo en particular a servir como refuerzo o castigo en una situación dada, o, dicho de otro modo, qué motiva la conducta. Aunque el término "motivación" no ocupe un lugar muy destacado dentro del léxico conductual, la noción de "operaciones establecientes" sirve como la operacionalización de la motivación. Así, las operaciones establecientes puede ser definidas como los eventos ambientales, operaciones, o condiciones estimulares que afectan la conducta de un organismo por medio de alterar la efectividad de *otros* eventos como reforzadores o castigos y por lo tanto, alterar la frecuencia de ocurrencia de esa parte del repertorio del organismo que tiene

a esos eventos como consecuencias(Laraway, Snyckerski, Michael, & Poling, 2003).

Es imposible dar cuenta de la multitud de factores que influyen en la conducta de un consultante, pero los esfuerzos en considerar el ambiente actual del consultante y sus experiencias pasadas puede ayudar al terapeuta a utilizar más productivamente los conceptos de refuerzo y castigo en el desarrollo de una alianza terapéutica y la aplicación de intervenciones de tratamiento. Un tema final a considerar respecto al castigo es que no debe ser usado de manera aislada de otros procesos más positivos de manejo de contingencias. Por ejemplo, imagine un consultante que a menudo se comporta poco productivamente en terapia, quizá utilizando patrones de discurso tangenciales que son irrelevantes a las metas primarias del tratamiento. El terapeuta puede decidir extinguir dicha conducta a través de extinción o una reprimenda verbal suave. Sin embargo, hacer eso sin comprender la función particular de esta conducta, y sin proveer al consultante con estrategias alternativas para cumplir esta misma función puede llevar a que se suprima la conducta verbal no deseada pero probablemente tenga poco efecto sobre la motivación inicial a involucrarse en conductas activas y puede desembocar en la creación de otras conductas distractoras. Por esto, proveer al consultante una oportunidad de resolver y reemplazar patrones de conducta problemáticos en terapia no sólo mejorará la relación entre el consultante y el terapeuta, sino que también proveerá una práctica útil para situaciones fuera de la terapia.

Moldeamiento

Una vez que las conductas efectivas han sido identificadas puede ser difícil incentivar a que la persona las lleve a cabo. El principio de moldeamiento (*shaping*), se refiere a lograr que se emita una conducta a través del reforzamiento de aproximaciones sucesivas a la misma. Si bien con frecuencia moldeamiento se considera en relación con investigación básica en animales - refiriéndose a cómo los animales pueden ser entrenados para desarrollar conductas particulares a través de procesos

de moldeamiento-, hay una multitud de estudios que demuestran tanto el impacto del moldeamiento en el desarrollo de conductas patológicas como su efectividad como procedimiento clínico aplicado (Delprato, 2001; Ullrich, 1993).

Como ejemplo clínico de moldeamiento, tomemos el caso de un consultante con dependencia de sustancias que recupera su sobriedad y debe enfrentar la desafiante tarea de poner sus finanzas en orden. Sobre la heladera descansa una caja con cuentas por pagar atrasadas varios meses, y para algunas de ellas el consultante no tiene el dinero necesario. Por supuesto, comúnmente la respuesta deseada sería abrir las cuentas a medida que van llegando y pagarlas antes del vencimiento. Pero si esta respuesta deseada no es posible en el momento presente para el consultante será necesario trabajar en primer lugar con respuestas más acotadas. El principio de moldeamiento sugeriría que cada paso necesario sea asignado en sesiones consecutivas, alentando cada tarea cumplida y haciendo resolución de problemas en sesión cuando un paso no ha podido ser llevado a cabo. En esta situación un abordaje conductual inicial podría involucrar varios pasos diferenciables, como por ejemplo a) ordenar los sobres por compañía o acreedor, b) abrir los sobres y calcular la deuda, c) pagar las cuentas que estén al alcance, y finalmente d) buscar información sobre prórrogas para lidiar con las deudas que no es posible pagar en ese momento.

Podríamos imaginar una situación similar con un consultante que experimenta dificultades para hablar acerca de experiencias traumáticas pasadas. En lugar de esperar que el consultante inmediatamente hable con lujo de detalles sobre esas experiencias, el terapeuta puede promover un ambiente terapéutico en el cual se pueda comenzar a narrar esas experiencias con aproximaciones graduales. Estas aproximaciones pueden incluir una discusión de los eventos menos traumáticos de la experiencia, o la discusión de información periférica relevante. Teniendo en mente los principios del moldeamiento el terapeuta puede proveer apoyo incondicional a la discusión de esos temas y abstenerse de presionar al consultante para que avance inmediatamente, de manera que se produzca un movimiento general hacia los temas más relevantes

a lo largo del tiempo. Tales respuestas graduales proporcionan logros accesibles al consultante, a la vez que son alentadas por el terapeuta. Estos procesos de moldeamiento pueden ser esenciales no sólo para la progresión del tratamiento, sino que proporcionan un marco de trabajo en el cual la alianza terapéutica puede evolucionar e incrementarse a través de interacciones verbales. De hecho, los cambios conductuales en el consultante posiblemente sean afectados por el refuerzo verbal del terapeuta y por respuestas imperceptibles que típicamente serían ignoradas o no reconocidas en el ambiente natural.

Atenuación

El principio de atenuación o desvanecimiento (*fading*), involucra reducir gradualmente los alicientes y recordatorios para una conducta blanco. Atenuación implica que inicialmente será necesaria una mayor guía y apoyo por parte del terapeuta para que el consultante pueda realizar las actividades, y que gradualmente este apoyo se “atenuará” en la medida en que la persona puede llevar a cabo las conductas sin asistencia del terapeuta.

Del mismo modo que con el moldeamiento, el problema que experimentan los consultantes en su ambiente natural es que raramente obtienen el nivel de apoyo necesario para recompensar adecuadamente y así facilitar la concreción de acciones deseadas, lo cual es vital si se consideran los bajos niveles de soporte social en la vida de las personas con psicopatología (Corrigan & Phelan, 2004). También, al igual que con el moldeamiento, la aplicación de procedimientos de atenuación proporciona amplias oportunidades para el desarrollo de una relación terapéutica. Para un consultante con ansiedad social, por ejemplo, el terapeuta inicialmente quizá realice numerosos juegos de rol con el consultante sobre diversos escenarios sociales y provea indicaciones conductuales sobre cómo iniciar, mantener y terminar una conversación con otra persona. A medida que el consultante desarrolla mejores habilidades sociales, el terapeuta alentará el éxito del consultante y quizá solo ofrezca algunas pocas sugerencias sobre cómo lidiar con situaciones específicas que son difíciles para el consultante. El respeto y la confianza que

ofrece el terapeuta servirían para aumentar la confianza del consultante y fortalecer la alianza terapéutica.

Como ejemplo general que puede ser relevante en varios trastornos, consideremos un consultante que tiene dificultades llevando a cabo tareas asignadas fuera de la terapia. El terapeuta puede ofrecer un considerable aliento al consultante para apoyarlo a llevar a cabo las tareas fuera de la terapia. Durante el transcurso de la terapia, a medida que el llevar a cabo la tarea se vuelve rutinario, el foco que recibe durante la sesión puede ser gradualmente atenuado. Por supuesto, antes de utilizar atenuación es necesario considerar si no sería preferible el simplificar las tareas (es decir, utilizar moldeamiento). Sin embargo, si el consultante tiene la habilidad para llevar a cabo la tarea pero simplemente le está faltando el apoyo para llevarla a cabo, el terapeuta puede utilizar el principio de fading para proveer ese apoyo.

Soporte empírico para BATD

Varios estudios proporcionan evidencia específica para BATD. Por ejemplo, Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, y McNeil (2003), en un pequeño ensayo aleatorizado demostraron una mejoría en los síntomas depresivos de consultantes tratados con BATD dentro de un hospital psiquiátrico, comparado con el tratamiento usual del hospital. En otro estudio, que resalta la naturaleza breve de BATD, Gawrysiak, Nicholas, and Hopko (2009), mostraron que una única sesión estructurada de BATD arrojaba reducciones significativas en depresión moderada en estudiantes universitarios, comparados con un grupo control. Asimismo, varios estudios han demostrado la eficacia de BATD para depresión en el contexto de condiciones comórbidas. Además de estudios de caso controlados con individuos con depresión comórbida con obesidad (Pagoto, Schneider, Appelhans, Curtin, & Hadjuk, 2011), y cáncer (D. R. Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005), dos estudios clínicos aleatorizados sirven de apoyo a BATD, uno en una muestra comunitaria de fumadores con depresión intentando dejar de fumar (MacPherson et al., 2010), y otro con personas deprimidas en tratamiento residencial para adicciones (Daughters et al., 2008; Magidson et al., 2011)

Dada la proliferación de activación conductual en general y de BATD en particular, varios esfuerzos se han realizado para evaluar y resumir los datos que respaldan a dichos abordajes. Estos esfuerzos incluyen artículos conceptuales (e.g., D. Hopko, 2003; Neil S Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Sturmey, 2009), libros especializados (Kanter, Busch, & Rusch, 2009), meta-análisis (Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009), y recomendaciones de guías clínicas que indican que activación conductual es eficaz para el tratamiento de la depresión (NICE, 2009).

SEGUNDA PARTE

OLD BATU

SEGUNDA PARTE

EL PROTOCOLO BATD

Acerca del protocolo

El tratamiento BATD está diseñado para influir específicamente sobre los factores contextuales que afectan a la persona con depresión. Tal como se describió en la sección anterior, el modelo postula que la depresión se sostiene debido a que las conductas saludables no son reforzadas o incluso son castigadas, mientras que a su vez las conductas depresivas son reforzadas negativamente (evitación), o positivamente (apoyo social aumentado, por ejemplo).

Para contrarrestar esto, el tratamiento BATD intenta modificar el contexto del consultante, de manera tal que aumente el acceso a reforzadores positivos para las conductas saludables y se disminuyan las conductas de evitación.

Supongamos que estamos en una mesa de casino en la cual hay casillas para apostar, digamos, rojo y negro, y tenemos una cantidad de fichas limitadas para apostar. Cuantas más fichas se pongan en la opción roja, menos habrá disponible para poner en la opción negra y viceversa. Eso es lo que sucede con la depresión: las fichas son el tiempo y la energía del consultante, y las casillas rojas y negras son las conductas saludables y las depresivas. Si bien puede haber motivos contextuales e históricos

para que el consultante deprimido apueste a las casillas negras, el tratamiento no se centrará en tratar de explicar por qué se apuesta allí, sino que nuestra meta será ayudar a que el consultante pueda poner sus fichas en las conductas saludables por medio de aumentar el acceso a refuerzos positivos para las conductas saludables, es decir, a experiencias importantes o agradables para el consultante, realizando cambios graduales en su estilo de vida.

El procedimiento, esbozado de manera general, será la identificación de las conductas problemáticas para el consultante, la identificación de los valores dentro de sus áreas vitales, y el desarrollo de actividades que sean consistentes con esos valores, actividades que sean accesibles al consultante en el momento vital en que se encuentra. De esta manera, el tratamiento, aun siendo estructurado, puede ser altamente individualizado y ajustado a las particularidades del consultante.

Podemos pensar el tratamiento BATD como un aprendizaje de habilidades: los consultantes aprenderán la habilidad de monitorear su propia conducta y detectar la relación entre sus acciones y su estado de ánimo; la habilidad de tener presentes sus valores personales y las actividades que expresan esos valores; la habilidad de llevar esas actividades a la práctica de manera gradual y sostenida; la habilidad de pedir ayuda a otros de manera eficaz. Así planteado, el tratamiento BATD proporciona al consultante herramientas cuya utilidad se extenderá más allá del tratamiento en sí, herramientas para lidiar con los momentos difíciles de su vida de manera más efectiva.

Componentes del protocolo

El protocolo BATD implementa cinco procesos conductuales, para lo cual utiliza cuatro formularios o registros. Entre paréntesis están los nombres de cada formulario:

- Monitoreo de actividades cotidianas (Formulario de Monitoreo Diario)
- Identificar los valores dentro de cinco áreas vitales y generar actividades consistentes con esos valores (Formulario de Áreas Vitales, Valores y Actividades)

- Seleccionar y graduar las actividades según su dificultad (Formulario de Jerarquía de actividades)
- Planificar y llevar a cabo dichas actividades (utilizando el Formulario de Monitoreo Diario nuevamente, con otras instrucciones)
- Aumentar el acceso al apoyo social. (Formulario de Acuerdos)

Las planillas estándar para utilizar en sesión están provistas en el Apéndice, pero se pueden reemplazar y modificar según sea necesario. Por ejemplo, algunos consultantes han preferido monitorear sus actividades utilizando una hoja de cálculo o usando una agenda personal, y planificar las actividades a realizar utilizando las agendas de sus teléfonos móviles en lugar de usar el formulario de Monitoreo Diario. Incluso las planillas en sí pueden ser modificadas de acuerdo a las exigencias del tratamiento, por ejemplo agregando áreas vitales, o simplificando los formularios de monitoreo. Es más importante la función a cumplir que el medio en sí, pero los formularios que aquí proveemos suelen ser suficientes como punto de partida.

Es importante tener en cuenta que completar los registros en BATD cumple una función distinta que en otras terapias: el completar los registros *es la terapia*. BATD no es un tratamiento que aplicamos sobre un ser humano pasivo sino un tratamiento en el cual el consultante y el terapeuta funcionan como un equipo de trabajo. Como terapeutas, queremos ayudar a nuestros consultantes a tomar parte activa en su tratamiento y recuperación, brindándoles un sentido de control y estructura sobre su vida. BATD proporciona el sostén y la estructura necesaria para que la persona con depresión pueda construir la vida que quiere habitar.

Es por esto que una característica distintiva del tratamiento BATD (que puede resultar contraintuitiva para terapeutas acostumbrados a otros modelos de terapia), es que se enfatiza el trabajo *fuera* de la sesión por sobre el trabajo en la sesión. Explícitamente comunicamos que el tratamiento no consiste meramente en asistir a las sesiones, sino que abarca un cambio en la vida y actividades del consultante. Si en BATD el consultante sólo asiste a las sesiones sin realizar las actividades planificadas, podemos esperar poco o ningún cambio en los síntomas depresivos.

Estructura de las sesiones

El protocolo BATD es altamente estructurado e implica una serie de actividades y contenidos a cubrir durante diez sesiones. Está pensado para sesiones de 50-60 minutos pero puede ser administrado en menos o más tiempo según el caso. Cada sesión se desarrolla generalmente en este orden:

1. En primer lugar se revisa junto al consultante la tarea y/o los contenidos de la sesión anterior (10-15 minutos)
2. A continuación se introducen y discuten los nuevos contenidos de esa sesión (20-30 minutos)
3. Finalmente se asignan las tareas para la semana siguiente (5 minutos)

En la parte 2 del libro realizaremos una descripción pormenorizada de los procesos BATD en cada una de las diez sesiones. En el Apéndice se puede encontrar una lista de adherencia que resume los contenidos y actividades de cada sesión, lo cual puede resultar útil para guiar el tratamiento.

Ritmo de las sesiones

El protocolo BATD está pensado para ser administrado en diez sesiones, y ha demostrado eficacia en ese formato, pero es importante considerar el ritmo de trabajo y la capacidad de cada consultante para adaptar el protocolo a cada caso. Con la mayoría de los consultantes se podrá mantener la duración de 10 sesiones, mientras que en otros casos será necesario añadir sesiones para desarrollar en profundidad algunos de los procesos de BATD. Por ejemplo, en ocasiones pueden transcurrir varias sesiones hasta que el consultante se acostumbre a usar el formulario de monitoreo diario, y lo mismo suele suceder con el formulario de Áreas Vitales, Valores y Actividades. Esto es normal y esperable, pero el terapeuta debe estar atento a siempre mantener un ritmo de actividad estable. Una buena regla para graduar el avance del protocolo es no empezar con un contenido nuevo hasta que el anterior no esté bien establecido.

Consideraciones generales

Si bien el protocolo BATD estándar abarca una serie de pasos, esto no significa que vamos a entregarle las planillas al consultante apenas cruce la puerta del consultorio en la primera entrevista. Comenzar el tratamiento BATD implica que ya conocemos adecuadamente a la persona que viene a consulta, que hemos evaluado su situación, que tenemos una alianza terapéutica establecida y que hemos realizado un consentimiento informado adecuado.

Evaluación del consultante

Previo a iniciar el protocolo resulta indispensable realizar una evaluación detallada de la experiencia de nuestro consultante. Además de la recolección de información habitual que usamos en la clínica, encontramos que las siguientes preguntas pueden resultar útiles para una evaluación detallada:

¿Cuándo empezó a sentirse deprimido?

En ocasiones, la depresión comienza con algunos disparadores concretos, y en estos casos, es útil indagar cuáles han sido los cambios generados por los mismos. Es decir, queremos saber cuáles son los reforzadores positivos a los cuales el consultante perdió acceso desde el inicio de la depresión, ya que esta información nos ayudará en la etapa de generar actividades dentro de sus valores personales.

¿Cómo es su rutina actualmente? ¿Cómo es un día típico?

Estas preguntas en este punto del tratamiento nos permite tener una idea general de cuál es la rutina, cuáles son los patrones de evitación más prominentes, cómo es su dormir, su alimentación, su posibilidad de contacto social, las actividades que sí realiza, las que pospone o las que cancela.

¿Qué actividades ha dejado de hacer o disfrutar desde que comenzó a sentirse así?

Esto nos permite evaluar las actividades que posiblemente no estén encontrando refuerzo o estén siendo castigadas, y nos brinda información para trabajar más adelante en la identificación de actividades guiadas por valores (Sesión 2)

¿Qué es lo más lamenta haber perdido desde que comenzó a sentirse así?

Esta pregunta nos permite identificar las áreas vitales que han sido más importantes y a la vez más perjudicadas por la depresión, y la información que obtengamos de ella nos puede ayudar a orientar el tratamiento a recuperar esos reforzadores positivos.

¿Qué actividades sigue realizando y disfrutando actualmente?

Este tipo de preguntas nos permiten identificar refuerzos positivos actuando en la vida del consultante, y quizá sea una buena idea, en el momento de comenzar con la planificación de actividades, comenzar por aumentar las actividades que el consultante ya está realizando en este momento.

También debemos evaluar el riesgo suicida, ya que éste es particularmente alto en las personas con depresión. En caso de encontrarse riesgo, se deberá trabajar en primer lugar con un protocolo de suicidio (en la tercera parte del libro cubriremos algunos puntos relacionados con este tema).

Alianza terapéutica

Es de vital importancia en BATD el establecimiento de una alianza terapéutica sólida y colaborativa. Una alianza terapéutica positiva se define como “una relación colaborativa, mutuamente respetuosa e involucrada que posibilita una relación consultante-terapeuta productiva” (Lejuez et al, 2006). La alianza incluye no sólo el vínculo entre el terapeuta y el consultante, sino también el acuerdo sobre los objetivos de

la terapia y las tareas que permitirán el logro de esos objetivos. Si bien el papel de la alianza terapéutica ha sido históricamente minimizado en las terapias conductuales, en los últimos años han surgido terapias en el campo conductual que hacen fuerte hincapié en el papel de la relación terapéutica utilizando principios conductuales, tales como Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2011), Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993), y particularmente Psicoterapia Funcional Analítica (Kohlenberg & Tsai, 2007)

Hay algunas características del abordaje que merecen una atención especial, dado que suelen ser fuente de confusión. En primer lugar, no todos los consultantes se muestran inicialmente cómodos ni dispuestos a trabajar con el protocolo BATD. Particularmente cuando un consultante piensa que una terapia es sólo “*hablar de lo que me pasa*”, un protocolo altamente estructurado como BATD puede resultar desconcertante o incluso aversivo. Es por eso que resulta crucial establecer una alianza terapéutica previamente a la aplicación del protocolo. Una psicoeducación que incluya la génesis y mantenimiento de la depresión tal como la conceptualiza BATD, como así también una descripción y discusión detallada del tratamiento propuesto, es una de las herramientas más útiles para asegurarse de que el terapeuta y el consultante estén “en el mismo barco”.

Otra dificultad frecuente en BATD tiene que ver con el concepto de motivación. Lo que se denomina *resistencia* o “falta de motivación” no son explicaciones válidas en BATD para cuando un consultante no realiza determinada tarea, sino que son descripciones de un contexto en el cual una alternativa de acción es menos “apetecible” que otra. En la Sesión 1 nos explayaremos sobre este concepto, pero por ahora, baste decir que si, por ejemplo, un consultante prefiere quedarse en la cama antes que realizar una actividad planificada, eso se debe meramente a que esa conducta tiene mayor valor de refuerzo que otras conductas y será tarea del tratamiento el proveer refuerzo para esas conductas alternativas.

Queremos hacer énfasis en esto: es vital para el tratamiento el establecimiento de una alianza terapéutica positiva, que el consultante com-

prenda y adhiera a la lógica del tratamiento *antes* de empezar a trabajar con BATD. Esto puede llevar un tiempo variable según el consultante. Algunos consultantes adherirán inmediatamente a la lógica del tratamiento, mientras que en otros casos pueden pasar varias sesiones hasta poder empezar con el protocolo. Siempre es importante recordar que el tratamiento debe ajustarse al consultante, y debemos considerar la opción de que quizá BATD no sea la mejor opción para algunos consultantes.

El terapeuta BATD

El estilo del terapeuta BATD es el de un terapeuta compasivo y sensible a las dificultades del consultante, pero siempre manteniendo un papel directivo y activo. Queremos partir desde donde está el consultante en ese momento y alentarle a que dentro de sus posibilidades dé el siguiente paso en el tratamiento. Se proponen pequeños desafíos (completar un formulario de monitoreo por día, por ejemplo), que no estén *demasiado* alejados de lo que puede lograr, pero que a la vez representen un avance respecto a la situación actual del consultante.

En todo momento se debe privilegiar la actividad por sobre la pasividad, y en particular la acción directa por sobre la indirecta². El terapeuta debe, en la medida de lo posible, intentar llevar la conversación terapéutica hacia la activación y la resolución de problemas.

Los refuerzos que puede proveer un terapeuta para moldear una determinada conducta generalmente son la calidez y el interés que manifiesta hacia determinados temas (aunque no son los únicos refuerzos). Si el

2 Denominamos acción directa a las conductas que modifican una situación aversiva, mientras que acción indirecta (o "quejas"), son las conductas que meramente dan cuenta de una situación, sin modificarla. "Me molesta la ventana abierta" es una acción indirecta que sólo da cuenta de un malestar; cerrar la ventana, o pedirle a alguien que la cierre, es una acción directa que modifica la situación aversiva. Durante las interacciones en sesión, el terapeuta puede estar atento a si la conversación se refiere a acciones directas o acciones indirectas, y reforzar las primeras cada vez que sea posible.

terapeuta provee especial calidez y atención cuando el consultante se queja sobre sus dificultades vitales o si se detiene reiteradamente en la discusión de las dificultades de la semana en desmedro de los pasos del tratamiento, es posible que esté reforzando conversaciones orientadas a queja o acciones indirectas en lugar de alentar conversaciones que generen un cambio. Cuando un terapeuta BATD no responde adecuadamente a las conductas pasivas de un consultante puede pasar que el terapeuta mismo se vuelva más pasivo, o bien que comience a hacerse cargo de *todo* el trabajo en la terapia.³

Presentamos algunos principios extraídos y adaptados de Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), que nos parecen particularmente relevantes para la aplicación de BATD

- Validar las experiencias de los consultantes, no juzgarlos ni criticarlos.
- Tener en cuenta que los consultantes hacen lo mejor que pueden.
- Reconocer expresamente los esfuerzos realizados por el consultante.
- No minimizar las dificultades.
- Los consultantes no fracasan, sino que los tratamientos no son adecuados o no son adecuadamente implementados.

Cómo usar este libro

Recomendamos leer todo el manual antes de comenzar a trabajar y familiarizarse con los formularios y los guiones hasta estar seguros de comprender los principios básicos involucrados en la depresión, el tratamiento, y la lógica de cada una de las sesiones.

Cada uno de los contenidos del protocolo tiene su correspondiente Formulario y Guion (ubicados en el Apéndice) en el cual se explica al

3 Para una discusión más detallada sobre el rol del terapeuta recomendamos Kohlenberg y Tsai, 2007 y Linehan, 1993

consultante en lenguaje coloquial cada proceso. En el protocolo que está en la sección siguiente los Guiones y Formularios están indicados entre paréntesis al lado de los títulos correspondientes. Esos guiones, en caso de ser necesario, pueden ser leídos en sesión con el consultante, o pueden ser fotocopiados y entregados a los consultantes para reforzar los contenidos trabajados durante la sesión.

Asegúrense de tener copias suficientes de todos los formularios a utilizar antes de empezar a trabajar. Resulta práctico armar una carpeta que contenga todos los formularios y todo el material psicoeducativo que se utilizará a lo largo del tratamiento, para entregársela al consultante al comenzar.

Probablemente la mejor manera de aprender BATD sea practicándolo con uno mismo: los invitamos a hacer copias de los formularios en los apéndices e ir siguiendo el proceso de manera abreviada durante algunas semanas. Esto les permitirá tener una idea de las dificultades con las que se topan los consultantes durante el tratamiento. Cabe recordar que, si bien los principios de BATD están pensados específicamente para consultantes con depresión, pueden ser útiles para todas las personas que tengan dificultades al llevar a cabo actividades en su vida cotidiana.

Sesión 1

Los elementos clave de la primera sesión son los siguientes:

1. Psicoeducación de la Depresión
2. Explicación del abordaje BATD
3. Introducción del Monitoreo Diario
4. Discusión de puntos importantes del tratamiento
5. Tarea: Completar el Formulario de Monitoreo Diario

1. Psicoeducación de la depresión (Guion 1)

El primer paso dentro del protocolo es presentar la conceptualización de la depresión y del tratamiento según BATD. Al hacerlo debemos asegurarnos que lo discutido guarde estrecha relación con la experiencia del consultante, para que pueda sentirse identificado con el diagnóstico que proponemos y con la subsecuente propuesta de tratamiento.

El punto principal para destacar al presentar la psicoeducación sobre la depresión es el vínculo que ésta tiene sobre la conducta, ya que será ese nuestro foco de intervención. La idea básica es esta: la depresión, más allá de su causa, produce un cambio en las conductas y rutinas de la persona y ese cambio a su vez empeora su estado de ánimo y sus pensamientos, en un círculo vicioso.

El Guion 1, en el Apéndice, brinda una explicación coloquial de cómo es conceptualizada la depresión en BATD. Por supuesto (y esto es válido para todos los guiones presentados en este libro), alentamos a que se cambie el fraseo y el contenido para adecuarlo a las capacidades de comprensión y las características culturales del consultante.

2. Explicación del abordaje BATD (Guion 2)

Una vez que se explica en qué consiste la depresión para BATD, el siguiente paso en la primera sesión es describir la lógica y los procedimientos del tratamiento BATD. Como mencionamos en la sección anterior del libro, el eje debe girar en torno al impacto de las conductas sobre el estado de ánimo. El Guion 2 puede ser útil para abordar este proceso.

Los puntos centrales a comunicar son:

- Este es un tratamiento activo, que implica un trabajo en equipo entre terapeuta y consultante.
- El tratamiento se orienta a cambiar sus conductas y su forma de vida lo cual a su tiempo impactará sobre su estado de ánimo.
- Sus emociones y pensamientos son válidos e importantes, pero el foco principal va a estar puesto en cambiar sus actividades y conductas de manera gradual y accesible a sus posibilidades.

3. Introducción del formulario de monitoreo diario (Formulario 1 - Guion 3)

El monitoreo diario de las actividades es el primer elemento a introducir del protocolo BATD, una vez que ha sido presentada la psicoeducación sobre la depresión y el tratamiento.

Llamamos “monitoreo diario” al registro detallado de las conductas del consultante, hora por hora, todos los días. La forma en que esto se lleva a cabo es a través del formulario de monitoreo diario (ver Apéndice), pero se puede utilizar cualquier medio alternativo que permita

cumplir con la consigna: que el consultante registre sus actividades de cada hora, todos los días.

Las objeciones usuales que solemos escuchar de parte de los terapeutas cuando presentamos este formulario son que requiere demasiado trabajo o que puede ser tedioso para el consultante. Por suerte, en general los consultantes no opinan de la misma manera. Cuando dedicamos algún tiempo a explicar por qué utilizamos esta planilla, los consultantes suelen recibir de buen grado la propuesta de ocuparse de su tratamiento activamente en lugar de que su tratamiento consista sólo en una sesión semanal.

Lo mencionamos previamente, pero queremos insistir sobre este punto: a diferencia de otros abordajes en los que se usan auto-registros (de conductas, estados de ánimo, pensamientos, etc.), en BATD el monitoreo diario no es un mero registro auxiliar: es el tratamiento. Y esto es así porque registrar detalladamente las actividades no sólo brinda información al terapeuta, sino también al consultante, sobre su propia vida, sus actividades y el efecto de éstas sobre su estado de ánimo. El Guion 3, en el Apéndice, proporciona una introducción sobre el monitoreo diario.

Función del monitoreo diario

En términos técnicos, el monitoreo diario permite identificar los refuerzos positivos y negativos que sostienen las conductas depresivas, como así también los refuerzos positivos que mantienen las conductas saludables.

Las funciones del monitoreo diario son las siguientes (Hopko, 2003):

- *Permitir al consultante ponerse en contacto con la cantidad y cualidad de sus actividades.* Para una persona con depresión, el monitoreo diario permite algo crucial: *entender* su depresión. Esto es, permite observar cómo las conductas impactan sobre el estado de ánimo, y a qué actividades, en desmedro de otras, está dedicando su tiempo y su energía. Además permite discernir la

función de las conductas: ¿qué está haciendo la persona?, ¿qué tan importante o agradable es esa conducta?

- Proveer una medida de base sobre la cual medir el progreso de la activación conductual.
- Proporcionar ideas respecto a actividades potenciales que se puedan realizar a lo largo del tratamiento.

El monitoreo diario en la práctica

En la clínica, el monitoreo diario de BATD consta de tres registros en una misma planilla que el consultante debe completar:

1. La descripción de la conducta, hora por hora

Intentamos tener un registro tan detallado como sea posible de las actividades del consultante. Los registros deben ser descriptivos, esto es por ejemplo, responder a la pregunta “*si te estuviera filmando, ¿qué vería?*”. Por esto, un registro que en la casilla de actividad diga “*Pienso que nunca voy a salir de la depresión*”, no resulta útil, y en su lugar, vamos a pedir que registre la actividad que estaba realizando en ese momento. La descripción de la actividad debe ser breve, no más de dos o tres palabras.

2. La puntuación de esa conducta en términos de Importancia y Disfrute

Una vez que el consultante describe la actividad, lo siguiente que deberá hacer es puntuar su nivel de Importancia y Disfrute en una escala de 1 a 10 (siendo 10 la mayor importancia y disfrute y 1 el menor). Con “Importancia” nos referimos a qué tan valioso es para el consultante tener esa actividad en su vida, más allá de lo agradable que sea. La puntuación de “Disfrute” es la que da cuenta de qué tan agradable es la actividad. “Pagar la cuenta de electricidad”, por ejemplo, puede ser una actividad importante, en tanto permite el funcionamiento de la vida del consultante, y esto lleve a una puntuación de “8” en importancia, pero quizá no sea agradable, y reciba una puntuación de “3” en Disfrute.

Dado que el tratamiento intenta acercar al consultante a refuerzos positivos, estas puntuaciones nos permitirán saber en qué grado la actividad del consultante está reforzada positivamente, ya sea por su conexión con los valores personales, o por el goce de la actividad en sí.

3. El estado de ánimo general del día

Al final del día, le pediremos al consultante que registre en la casilla final del monitoreo diario el estado de ánimo general en una escala de 1 a 10 (donde 1 es el peor estado de ánimo y 10 el mejor) Sólo pedimos puntuar el estado de ánimo general al terminar el día, y no en cada actividad que se realiza. Esto se vincula al concepto de *desincronía*, (Rachman & Hodgson, 1974), que sugiere que los cambios cognitivos y anímicos pueden ocurrir con cierto retraso respecto a un cambio en las conductas.

Este es un ejemplo de cómo se ve un fragmento de planilla de monitoreo diario:

Fecha /hora	Actividad	Disfrute	Importancia
5/06 13 hs	<i>Almuerzo con compañeros de trabajo</i>	5	3
5/06 15 hs.	<i>Trabajando</i>	2	7

Resumiendo, el monitoreo diario proporciona información al consultante y al terapeuta respecto al nivel de actividad, a la cantidad y cualidad de actividades, y respecto a qué actividades serán blanco de modificaciones a medida que el tratamiento avance.⁴

4 En el Apéndice, además del Formulario 1 estándar, ofrecemos un Formulario 1 Suplementario, pensado para trabajar con consultantes con baja alfabetización, en donde las actividades a registrar se representan con símbolos simplificados

4. Puntos importantes del tratamiento

Al trabajar sobre la descripción de la depresión, se debe remarcar que la depresión se sostiene por las conductas, no por las emociones ni los pensamientos. Consideramos que las emociones y pensamientos displacenteros son un subproducto inevitable de una vida con pocas actividades significativas o placenteras.

Motivación

Una de los temas que más frecuentemente surgen en las primeras sesiones es el de la motivación: escuchamos a menudo frases como "*me gustaría hacer esta actividad pero no me siento motivado a hacerlo*". Es una objeción perfectamente comprensible y válida, pero la propuesta de BATD introduce un giro en su abordaje.

Solemos considerar la motivación (o más coloquialmente, "las ganas"), como un requisito para llevar a cabo una actividad determinada: "*me compré todas las figuritas de Star Wars porque tenía ganas*". Sin embargo, cuando lo analizamos en detalle, esto no es necesariamente así: todos los días realizamos actividades hacia las cuales no sentimos ninguna "motivación". Solemos preguntarles a los consultantes cuando hablamos sobre esto "¿es necesario que sientas "ganas" para ir a pagar la cuenta del teléfono?". Por supuesto, al día de hoy ningún consultante nos ha respondido que rebosa de alegría al ir a pagar cuentas pendientes. Las "ganas" ayudan, pero no son necesarias para llevar a cabo nuestras actividades cotidianas.

En BATD consideramos que la motivación surge de la realización de una determinada actividad, como *resultado*, y no como causa. No sentimos motivación alguna hacia una actividad que desconocemos completamente. Por ejemplo, es poco probable que tengamos interés en dedicarnos a la espeleología si desconocemos completamente de qué se trata, pero sí es probable que nos sintamos motivados si se trata de una actividad con la cual hemos tenido algún tipo de contacto agradable (aun si dicho contacto fuera indirecto o imaginario). Por lo tanto, el punto a remarcar frente a nuestros consultantes es el siguiente: la motivación

no es la causa sino el *resultado* de involucrarse en el proceso de vivir. Por ejemplo, es probable que un consultante al comenzar a tomar clases de piano sienta poco interés inicialmente, pero a medida que progresan sus habilidades y su repertorio vaya aumentando su interés. En lugar de esperar a que surja la motivación para realizar una actividad, vamos a hacer que esa actividad sea accesible al consultante, y esperamos que la motivación vaya surgiendo después.

5. Tarea

Como tarea para esta primera sesión le pediremos al consultante que tan sólo complete el formulario de monitoreo, *sin introducir ningún otro cambio en su vida*. Puede ser tentador planificar en las primeras sesiones, pero un principio básico a lo largo de todo el tratamiento BATD será el de avanzar con pasos pequeños pero seguros, por lo cual la única tarea que asignaremos en esta sesión será registrar las actividades diarias, no cambiarlas. Por supuesto, no vamos a *prohibir* que el consultante genere cambios en su vida, pero sí debemos tener en cuenta que el mero hecho de completar el monitoreo diario, un formulario que requiere esfuerzo y compromiso, es en sí un logro considerable para el consultante.

Sesión 2

Durante la segunda sesión se cubrirán los siguientes elementos clave:

1. Monitoreo diario: revisar la actividad de la semana
2. Revisión de los contenidos de la Sesión 1
3. Presentar Inventario de Áreas vitales, valores y actividades
4. Tarea: Completar el Monitoreo Diario
5. Tarea: Revisar y editar Inventario de Áreas vitales, valores y actividades

1. Revisar el formulario de monitoreo diario (Guion 4)

A partir de la segunda sesión, todas las sesiones en BATD comienzan por la revisión de la tarea asignada durante la sesión anterior antes de pasar a cualquier contenido nuevo. Esto permite mantener la estructura del tratamiento y organizar el trabajo. La siguiente sección presenta algunas estrategias a utilizar cuando el consultante no ha completado la planilla de monitoreo durante la semana, pero estas estrategias son aplicables a todos los formularios del tratamiento. El Guion 4, en el Apéndice, contiene una forma sencilla de trabajar esta revisión, pero nos detendremos aquí en algunos problemas que suelen surgir con el registro de monitoreo diario.

Dificultades frecuentes

Lo primero a comprobar es que el consultante efectivamente haya completado el monitoreo, ya que esta suele ser una de las dificultades más frecuentes en esta etapa del tratamiento. En caso de no haberlo completado, tenemos una serie de estrategias a seguir según cuál sea la dificultad. Veremos un resumen aquí y en la tercera parte abordaremos los problemas frecuentes en BATD con mayor detalle. En el gráfico 2 podemos observar una idea de los pasos a seguir cuando esto sucede.

Recordatorios

Cuando un consultante llega a la sesión siguiente sin haber llenado el formulario de monitoreo, lo primero a evaluar es si *recordó* que tenía que realizarlo. Es frecuente que los consultantes se olviden de completar los registros, o que sólo lo recuerden en momentos poco apropiados (por ejemplo, cuando se preparan para asistir a la sesión). Esto es comprensible, ya que al carecer de conexión con otras rutinas en la vida del consultante la tarea puede ser pasada por alto completamente. En este caso, es necesario establecer estímulos en el ambiente del consultante que funcionen como recordatorio de la actividad a realizar. Un ejemplo de esto puede ser dejar la hoja de monitoreo diario en un lugar visible para la persona, o utilizar alarmas diarias que le recuerden completarlo. En algunos casos, un mensaje de texto del terapeuta puede ser útil (siempre y cuando estos recordatorios se vayan retirando gradualmente).

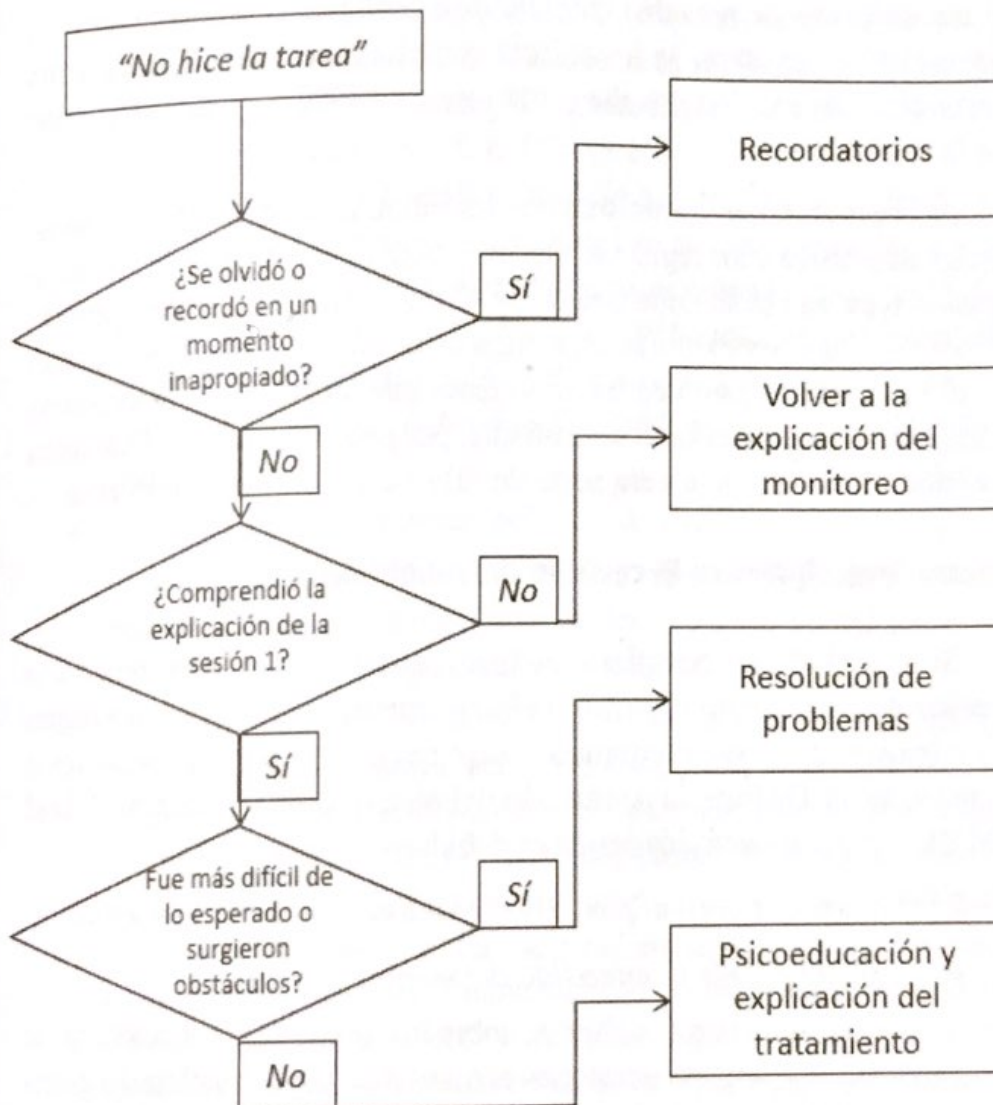
Volver a la explicación del monitoreo

Si lo recordó pero no supo cómo completarlo, volveremos a revisar la explicación del monitoreo diario, asegurándonos de que comprenda la función que cumple en su tratamiento. Es frecuente que esto suceda en las primeras sesiones, especialmente respecto a las puntuaciones de importancia y disfrute y el humor general.

Resolución de problemas

Si surgieron dificultades imprevistas (por ejemplo, perder las hojas, no tener privacidad para completar los registros, etc.), se trabajará con

resolución de problemas con el fin de que pueda completarlos para la siguiente sesión.



Psicoeducación y revisión de la adherencia al tratamiento

Finalmente, si no hubo ninguna de las dificultades descritas, o si simplemente no consideró importante completarlo, deberemos volver a

la explicación del tratamiento, el vínculo de la depresión con el nivel de actividad, y aumentar la adherencia al tratamiento.

En cualquiera de los casos (salvo cuando se trata de falta de adherencia al tratamiento y se reevalúa cambiar de abordaje), si el consultante no completa los registros, se le indicará completar en sesión los registros correspondientes a los dos días anteriores, a fin de trabajar sobre ellos en la sesión.

Es importante ser compasivo con las dificultades que surjan al completar las planillas, los registros pueden requerir mucha energía y concentración para un consultante con un nivel muy bajo de actividad, pero es necesario que el terapeuta se mantenga firme en que el monitoreo diario es el tratamiento. También es importante que alentemos y reforcemos cada esfuerzo que realice el consultante, por pequeño que sea. Este tema lo retomaremos en la tercera parte del libro con mayor detenimiento.

Puntos principales en la revisión del monitoreo diario

Si el consultante completó las planillas pasaremos directamente a revisarlas. Lo primero es notar si efectivamente las ha rellenado según lo asignado: que haya consignado las puntuaciones correspondientes a Importancia y Disfrute, la puntuación del estado de ánimo general al final del día⁵, y que las actividades estén debidamente registradas.

Lo que vamos a revisar, junto con nuestro consultante, es lo siguiente:

- *¿Qué ha notado o aprendido del monitoreo diario?*

Esta es una pregunta abierta, sobre la experiencia del consultante con el registro. En ocasiones el mero hecho de completarlo genera ciertos aprendizajes, ciertos *insights* sobre su situación vital.

5 Suele suceder en la práctica que algunos consultantes entienden que el estado de ánimo general (la casilla a completar al final de cada formulario diario) debe ser un "promedio" de las puntuaciones de importancia y disfrute. Debemos asegurarnos de que las puntuaciones se correspondan con el estado de ánimo general del día.

Por esto queremos revisar en primera instancia la experiencia del consultante con el registro.

- *Las actividades que realiza, ¿son placenteras y/o importantes?*

Si no surge espontáneamente en la pregunta anterior, vamos a revisar qué tan importantes o placenteras son las actividades que están presentes en su vida. Esto puede ayudar a validar la experiencia del consultante y la explicación de la depresión de BATD, por ejemplo: “*noto que en tu planilla hay muy pocas actividades que disfrutes o que sean importantes en tu vida; al observar esto me parece comprensible que te sientas deprimida, ¿no te parece? Es por esto que es importante que cambiemos lo que haces, de manera que dentro de algún tiempo, en esta planilla podamos ver que estás realizando actividades importantes o agradables en tu vida*”

- *¿Las actividades abarcan varias áreas vitales?*

Resulta extremadamente informativo observar si las actividades que realiza cubren varias áreas vitales, o si sólo se reducen a un par de ellas (por ejemplo, trabajo y carrera).

En la vida cotidiana, solemos tener distintas fuentes de refuerzo: amigos, trabajo, hobbies, actividad física, etc., de manera tal que cuando tenemos dificultades en una de ellas podemos encontrar un refugio en las otras; por ejemplo, cuando tenemos un día difícil en el trabajo, podemos compartirlo con un amigo y obtener un refuerzo por esa vía. La variedad de refuerzos es lo que nos permite ser resilientes y mantenernos en pie cuando la vida se dificulta. Volveremos sobre esto en las sesiones siguientes, pero en este momento es buena idea notar la variedad de actividades.

- *¿Cuáles son las conexiones entre las actividades y el humor del consultante? ¿Puede notar algún patrón que permita identificar qué actividades lo llevan a sentirse mejor y cuáles a sentirse peor?*

Cuando haya cambios marcados en el estado de ánimo entre un día y otro, podemos indagar qué los dispara, si se deben a un estímulo

interno o a un cambio de actividades. En cualquier caso, vamos a indagar qué valores o áreas vitales están involucrados en eso, para usarlos como recurso al trabajar con el formulario AVVA. También vamos a observar si hay algún patrón de actividades que mejoren o empeoren el estado de ánimo, y señalarlo si el consultante no lo ha percibido.

2. Repasar brevemente los contenidos de la Sesión 1

Luego de revisar el monitoreo diario, dedicaremos algún tiempo a repasar los contenidos trabajados durante la sesión anterior. Debemos asegurarnos de que el consultante haya comprendido y asimilado adecuadamente la explicación sobre la depresión en BATD y cuál es la lógica de la activación conductual. Para esto suele ser suficiente hacer un par de preguntas abiertas sobre qué recuerda de los contenidos trabajados en la sesión anterior, y corregir o reforzar lo que haya comprendido según sea necesario.

3. Introducir Formulario de Áreas Vitales, Valores y Actividades (Formulario 2 – Guion 4)

El nuevo contenido a introducir en la sesión 2 es el formulario de Áreas Vitales, Valores y Actividades (AVVA). Este probablemente sea el formulario que más esfuerzo exige de parte del terapeuta y del consultante. Si bien en el protocolo este paso está planeado para trabajarse en una sesión, según las características del consultante y el ritmo de trabajo este formulario puede llevar más de una sesión en completarse. El terapeuta debe trabajar de manera colaborativa con el consultante en el formulario, alentándolo a que progresivamente lo pueda realizar por sí mismo.

El objetivo de este formulario es establecer los valores, es decir, las direcciones hacia las cuales el consultante quiere avanzar dentro de cada área vital, y traducir esos valores en actividades que permitan convertirlos en realidad. A continuación vamos a detallar las tres partes de este formulario: a) Áreas Vitales, b) Valores, y c) Actividades.

a. Áreas vitales

El primer paso al trabajar el formulario es presentar las cinco áreas vitales que abarca:

- **Relaciones sociales:** amistades, relaciones íntimas y familiares, etc.
- **Educación/carrera:** formación profesional, educación y empleo.
- **Recreación e intereses:** cómo querría ocupar el tiempo libre.
- **Cuerpo/mente y espiritualidad:** cuidados de la salud física, mental y espiritual.
- **Responsabilidades diarias:** obligaciones y cuidado del ambiente físico del consultante.

b. Valores

Una vez consideradas esas áreas vitales indagaremos sobre los *valores* del consultante dentro de cada una de ellas. Los valores responden a las preguntas: *¿cómo quiere vivir su vida?*, *¿cómo quisiera ser percibido por los demás?* No hablamos de lo que la sociedad o la cultura prescriben, sino de lo que es *importante para el consultante* (aunque ambas áreas pueden coincidir), la manera en que querría vivir su vida, o lo que querría que su vida representara. Dado que la parte sobre valores es una de las más delicadas en BATD, nos detendremos en algunos pormenores del procedimiento.

Principios generales al trabajar con valores

1. Los valores son distintos de las actividades y de las metas

Las actividades, al igual que las metas, se pueden realizar y completar. Los valores, en cambio, representan la dirección hacia la cual las metas y actividades tienden, y eso permite que funcionen como una guía constante, como una dirección que se puede prolongar indefinidamente en el tiempo. Por ejemplo, “ordenar mi escritorio” es una actividad que puede cumplirse de una vez y darse por terminada, pero en cambio “ser

organizado y responsable” no es algo que se pueda lograr y cumplir de una vez, sino que constituye una dirección general –posiblemente dentro del área de “Educación/carrera”- una dirección que puede extenderse a lo largo de la vida. Cuando en esta etapa del tratamiento el terapeuta al indagar sobre valores se encuentra en su lugar con respuestas que involucran actividades, intentará extraer la dirección, el valor que implican dichas actividades:

Terapeuta (luego de introducir el formulario AVVA): Si consideramos el área vital de Relaciones sociales, ¿qué querías que signifique tu vida en esa área?

Consultante: Creo que no entiendo la pregunta

T: Bueno, esta área abarca tus relaciones sociales en general, y en particular cómo querías ser en esa área. Tomemos por caso tus amistades, ¿qué tipo de amigo querías ser con ellos?

P: Ah, entiendo. Creo que quisiera ser capaz de llamarlos, salir con ellos los fines de semana, visitarlos un poco más a menudo. He estado descuidando bastante a mis amigos desde que me empezó a pasar todo esto, sólo los llamo cuando me siento muy mal o cuando no quiero estar solo.

T: Bien, y si hicieras esas cosas, supongamos que los llamas, que los visitas y los ves los fines de semana, ¿qué se podría decir de ti como amigo si hicieras eso?, o bien, ¿qué dirías de una persona que hace eso?

P: ...Creo que diría que es un buen amigo, un amigo que está presente en las buenas y en las malas, no solamente cuando necesita ayuda.

T: Entiendo. Entonces, si vamos al formulario, ¿estarías de acuerdo en anotar, en el área vital de relaciones, este primer valor: “ser un amigo presente en las buenas y en las malas”?

P: Sí, creo que estaría bien. Ellos han estado mucho para mí cuando los necesité.

Al vincular las acciones con direcciones vitales generales, aumenta la disposición a trabajar y la flexibilidad conductual. Al enfatizar en primer

lugar sobre valores en lugar de actividades, evitamos quedar atascados cuando una actividad específica no puede realizarse. Por ejemplo, para un consultante cuyo valor fuera: “*cuidar mi salud y mi aspecto*”, las acciones de “*ir al gimnasio*” o “*subir las escaleras en lugar de tomar el ascensor*”, podrían reemplazarse entre sí, y la persona de todos modos estaría avanzando al servicio de ese valor.

2. Los valores se refieren a acciones sobre las cuales tenemos control

Un valor se refiere a ámbitos que están bajo el control del consultante, eventualmente a acciones concretas que puede llevar a cabo. Hay dos errores frecuentes relativos al control al formular valores. El primero es plantear valores que no dependen del consultante sino de otras personas: “*que mi esposa me trate bien*”, por ejemplo, no es algo que el consultante pueda hacer, ya que depende de las acciones de otra persona, mientras que “*ser afectuoso y preocuparme por mi esposa*” sí lo es. Cuando nos encontramos con este tipo de enunciados, una manera útil de indagar sobre los valores es “*¿y si eso sucediera, si tu esposa te tratara bien, cómo actuarías? ¿Qué tipo de esposo serías?*”

El segundo error es plantear valores que implican metas emocionales. “*Estar más alegre*”, tampoco es algo que esté bajo el control del consultante. La capacidad de los seres humanos para controlar sus emociones y pensamientos es bastante pobre. En cambio, la capacidad de controlar nuestras acciones o conductas es mucho más alta. Al igual que en el inciso anterior, una manera de indagar cuando nos encontramos con este tipo de enunciados es: “*y si eso sucediera, si estuvieses más alegre, ¿qué cosas harías de manera distinta? ¿qué actividades o cambios habría en tu vida?*”

En ambos casos -y esto es válido para todo el tratamiento BATD-, antes que corregir al consultante (diciendo algo como, por ejemplo “*no, eso no sirve porque es una meta emocional*”), un terapeuta BATD acepta los enunciados dados y profundiza en ellos hasta encontrar valores enunciados de manera útil para el tratamiento.

3. Los valores se enuncian en términos de lo que se quiere lograr, no de lo que se quiere evitar

Es frecuente que al indagar sobre valores, nos encontremos con enunciados negativos, es decir, en términos de lo que el consultante no quisiera que suceda: “*quisiera no desperdiciar mis días*”, “*no quiero que mi pareja se destruya*”, etc. Si bien estos objetivos son válidos y respetables, la forma de enunciarlos especifica resultados a evitar, más que direcciones a seguir, y no son una buena guía para generar actividades de acuerdo a ellos.

En terapia conductual se suele referir un poco juguetonamente a este tipo de objetivos con el nombre de “*dead man goals*” (metas de hombre muerto), es decir, metas que una persona muerta podría realizar mejor que una persona viva, como por ejemplo “*comer menos*”, o “*fumar menos*”, “*discutir menos*”, etc. El terapeuta, en este caso, debe ayudar al consultante a enunciar lo que *sí* querría que sucediera: “*quisiera ser una persona productiva*”, “*quisiera ser un esposo cariñoso y responsable*”.

4. Los valores como cualidades de la acción

En ocasiones, trabajar con valores enunciados de manera amplia es suficiente: “ser una buena madre” puede ser suficiente para trabajar con algunos consultantes. Pero en otros casos resulta necesario profundizar en estos enunciados de manera tal que incluyan las cualidades implicadas en ese valor: “*¿qué significa para ti ser una buena madre? ¿Qué cualidades poseería?*”. Este tipo de preguntas nos dan más información respecto a qué aspectos de “*ser una buena madre*” resultan valiosos para el consultante, y nos permitan reformularlo de manera que “*ser una buena madre*”, se convierta en “*ser una madre cariñosa, que alienta a sus hijos a aprender cosas nuevas*”. Si comparamos ambos enunciados, resulta claro que el último nos proporciona más información, por lo que resulta más rico para pensar posibles actividades en esa dirección.

Cómo indagar acerca de valores

De manera general, existen dos vías para indagar acerca de los valores del consultante:

1. Directamente, a través de lo que quiere el consultante en su vida, las direcciones anheladas o metas. Por ejemplo, pueden realizarse las siguientes preguntas:

- *¿Qué quisiera lograr con la terapia?*

Algunos consultantes tienen muy en claro desde el comienzo qué es lo que quieren recuperar o lograr con la terapia. Cuando este sea el caso, preguntar directamente por los objetivos del consultante puede llevarnos rápidamente a indagar valores y generar actividades de acuerdo a ellos.

- *¿Cómo querría vivir su vida en cada área vital? ¿Qué es valioso o importante en cada una de ellas?*

Esta es una forma de indagación directa, bajo la forma general de “¿cómo querrías vivir tu vida en esta área vital?” También indagamos por los aspectos valiosos de cada una de esas áreas. “Ser un buen trabajador” puede ser una dirección útil, pero si indagamos qué aspectos de ser un buen trabajador son importantes para el consultante, podemos llegar a un enunciado más específico y más conectado con sus valores, tales como “ser un trabajador atento a los detalles, cordial con mis compañeros y responsable”.

- *¿A quién (y qué aspecto de esa persona), admira en cada área vital?*

Preguntar sobre héroes, personajes históricos o de la vida cotidiana que el consultante admira puede servir para iniciar una conversación sobre las cualidades y valores que esa persona representa para el consultante, y por qué esas cualidades o valores son importantes.

2. La segunda línea de indagación para valores involucra preguntar sobre lo que causa dolor en la vida del consultante.

- *¿Qué ha perdido a causa de la depresión?*

Con esta pregunta queremos indagar acerca de las áreas vitales del consultante que se han visto más afectadas a causa de la depresión. Quizá el consultante solía hacer ejercicio, o dedicarse a la pintura, o veía a menudo a sus amigos. En cualquier caso, saber qué actividades o valores han sido afectados nos permite trabajar para recuperar esos reforzadores.

- *¿Qué actividades había antes de estar deprimido? ¿Qué era valioso de eso?*

Aquí preguntamos directamente por las actividades que solía realizar, pero también indagamos qué era valioso de esas actividades. Quizá nuestro consultante jugaba al fútbol semanalmente, pero lo importante de eso no era el ejercicio en sí, sino jugar con sus amigos y se trataba de una actividad valiosa por la compañía y la camaradería, más que por el ejercicio en sí. Los aspectos valiosos de las actividades son tan significativos como las actividades en sí, ya que nos permiten buscar actividades que sean similares en esos aspectos.

c. Formulación de Actividades

Además de Áreas Vitales y Valores, el formulario AVVA implica pensar en actividades que encarnen esas direcciones valiosas.

Digámoslo así. Cuando utilizamos un GPS para llegar a un lugar hay dos pasos a seguir: primero, decidir hacia dónde queremos dirigirnos, y luego, seguir las instrucciones que nos indican avanzar, doblar o cambiar de carril. Preguntar por los valores del consultante es el equivalente a decidir hacia qué dirección queremos dirigirnos y programarlas en el GPS. Pero una vez hecho eso, no nos seguimos enfocando en la dirección a la cual llegaremos, sino que nos concentraremos en los siguientes pasos necesarios, como la instrucción que nos dice "gire a la derecha". En BATD estas instrucciones están representadas por las actividades que representan cada valor, actividades que, de seguir las, eventualmente llevarán al consultante a destino (si bien, cuando hablamos de valores, este destino es un viaje que se puede extender a lo largo de toda la vida).

Por esto, una vez establecidos los valores dentro de cada área vital, procederemos a generar actividades que, en caso de ser llevadas a cabo, llevarían al consultante en la dirección de sus valores. Este proceso se parece mucho a una “tormenta de ideas”: es un trabajo colaborativo entre el consultante y el terapeuta, con la finalidad de generar un buen número de opciones alternativas, sin detenerse demasiado en los obstáculos específicos para una actividad determinada:

Terapeuta: *Bien, entonces, tenemos “ser un amigo presente en las buenas y en las malas”. Ahora quisiera que pensáramos juntos en algunas actividades que podrías llevar a cabo en esa dirección, acciones concretas a realizar. Recién mencionaste tres actividades: llamarlos, visitarlos, salir los fines de semana, ¿te parecería bien que anotemos esas actividades en el formulario?*

Consultante: *sí, aunque la parte de salir los fines de semana se me haría difícil porque trabajo los sábados a la noche.*

T: *Bien, ya llegaremos a eso, por ahora sólo pensemos en algunas otras actividades que puedas realizar que te lleven a ser un amigo presente.*

P: *Podría irme de vacaciones con Gustavo, hace tiempo que me invita y yo le digo que no.*

T: *Bien, escribamos entonces eso como una posible actividad, ¿qué más?*

P: *No sé, no se me ocurre otra cosa.*

T: *En sesiones previas has mencionado que salías con una amiga a recorrer museos, ¿eso es algo que iría en esta dirección que estamos considerando?*

P: *Sí, recorrimos varios museos y otros lugares, y recuerdo que nos había quedado pendiente el museo de arte decorativo... Pero creo que sí, nos gustaba hacerlo, aunque ha pasado bastante tiempo, tendría que llamarla y ver si está interesada.*

T: *Bien, entonces, podemos anotararlo en el formulario AVVA y luego*

veremos cómo llevarlo a cabo, ¿estás de acuerdo?

P: Sí, me parece bien.

En esta viñeta hay algunas actividades más sencillas de realizar (llamar por teléfono, por ejemplo), y otras que requieren mayor organización (llamar viaje de vacaciones). Si bien en este momento del tratamiento queremos (el generar alternativas más que enfocarnos en su realización, las actividades que se propongan deben cumplir con tres requisitos:

1. **Deben ser actividades observables.**
2. **Deben ser actividades mensurables**, es decir, actividades que podamos marcar como realizadas en nuestra planificación. “Leer más” no es un buen ejemplo de actividad en este sentido (¿cuánto es leer más? ¿una hoja por día? ¿Un libro por día?), en cambio “*leer un capítulo de un libro por día*”, es más fácilmente mensurable.
3. **Las actividades deben descomponerse en los pasos más pequeños que sea posible**, de manera que sean sencillos de realizar para el consultante. “Viajar a China” es observable y realizable, pero probablemente abarque demasiadas acciones, demasiados pasos previos como para que sea útil en el tratamiento. Pero “averiguar los precios de los pasajes de avión a China”, por otro lado, es una actividad que sí podemos marcar como completada en la planilla, es un paso más pequeño y accesible dentro de la meta general de viajar a China.

Además de estos requisitos, el terapeuta debe estar atento a los posibles obstáculos para una actividad y consignarlos como pasos previos. Por ejemplo, si un consultante sugiere “salir a correr dos veces por semana”, el terapeuta puede preguntar si el consultante tiene el calzado y la indumentaria adecuada, si sabe en qué lugar podría salir a correr, etc. Esto es particularmente importante porque si no tenemos en cuenta los pasos previos, éstos se pueden convertir en obstáculos para la realización de la actividad. Es preferible conseguir pequeños éxitos al principio del tratamiento antes que arriesgarnos a sufrir reveses que perjudiquen el compromiso del consultante con la terapia. Recordando

el principio del moldeamiento de la primera sección, queremos alentar pasos cortos pero seguros.

Una recomendación, que resultará de utilidad más adelante, es incluir dentro del formulario AVVA algunas acciones que el paciente ya esté realizando en dirección a sus valores, aun cuando sea de manera desorganizada, con la finalidad de estructurarlas primero y aumentar su frecuencia o intensidad en un momento posterior de la terapia.

En el Apéndice hay un formulario AVVA completo a modo de ejemplo (“*Avanzando desde las áreas vitales y valores hacia actividades*”), que puede servir como guía en este proceso.

4. Tarea

Luego de esta sesión, el consultante continuará realizando el monitoreo diario diariamente, sin introducir cambios aún en términos de actividades, y además le pediremos que continúe completando y corrigiendo el formulario AVVA en su hogar. Puede resultar útil realizar una pequeña planificación al respecto, y acordar informalmente con el consultante cómo completar el formulario: es más probable que se lleve a cabo si se acuerda previamente el día, la hora y el lugar para editar y completar el formulario. Es posible que trabajar el formulario AVVA lleve más de una sesión –especialmente en consultantes con un muy bajo nivel de actividad o depresión crónica. En cualquier caso, debemos tener el formulario AVVA parcialmente completo antes de seguir avanzando con los nuevos contenidos.

Sesión 3

Durante la tercera sesión se cubrirán los siguientes elementos clave:

1. Revisar tarea
 - a. Monitoreo diario: revisar tarea
 - b. Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades: revisar tarea
2. Introducción del formulario de Selección y Jerarquía de Actividades
3. Tarea:
 - a. Continuar con el monitoreo Diario
 - b. Continuar revisando el Formulario de Áreas vitales, valores y actividades
 - c. Revisar y editar el formulario de Selección y Jerarquía de actividades.

1. Revisión de la tarea

a. Revisión del monitoreo diario (Guion 6)

Comenzaremos la sesión revisando el monitoreo diario, para el cual se aplica el mismo procedimiento y las mismas consideraciones que en la Sesión 2.

Debemos tener en cuenta que el monitoreo diario no deja de ser importante por el hecho de introducir nuevos contenidos: al contrario, se vuelve más importante aún, ya que será lo que en las sesiones posteriores nos permitirá planificar las actividades a realizar. Por esto, si bien en esta sesión la revisión incluirá el formulario AVVA, queremos asegurarnos primero que el consultante haya completado su formulario de monitoreo diario.

b. Revisión del formulario AVVA (Guion 7)

En esta sesión revisaremos además el formulario AVVA que el consultante ha estado editando y completando en su hogar. Si nos encontramos con un formulario AVVA incompleto, utilizaremos las mismas estrategias que describimos en la sesión anterior para el monitoreo diario: control de estímulos, resolución de problemas y psicoeducación, y luego dedicaremos una parte de la sesión a trabajar sobre el formulario. Si bien es posible avanzar en la sesión con un formulario incompleto, debemos cerciorarnos de los siguientes puntos antes de avanzar:

1. Todas las áreas vitales tienen al menos un valor especificado,
2. Cada valor especificado tiene 2 o 3 actividades
3. No hay confusión entre valores y actividades en el formulario
4. Los valores y actividades se ajustan a los requisitos descriptos en la sesión dos.

Es importante cerciorarnos además de que los valores y las áreas vitales cubran un amplio rango de aspectos de la vida del consultante. Queremos que el consultante tenga acceso no sólo a una mayor cantidad, sino también a una mayor *variedad* de refuerzos positivos. Como mencionamos antes, dedicar tiempo y energía a distintas áreas permite que el tratamiento avance de manera más sólida.

2. Introducción del Formulario de Selección y jerarquía de actividades (Formulario 3 – Guion 8)

Si el formulario AVVA está completo, eso significa que hay un máximo de 75 actividades posibles, y puede volverse un poco difícil de manejar

tantas actividades. Para ordenar y estructurar esas actividades de manera que sean más manejables y fáciles de planificar, en esta sesión introduciremos el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades.

Este procedimiento se basa en un recurso que proviene de las terapias de exposición: construir una jerarquía de dificultad creciente para asignar actividades de manera gradual. Como ya hemos mencionado, queremos asegurarnos de obtener pequeños éxitos al inicio del tratamiento. Para lograr esto, seleccionaremos tan sólo 15 actividades consignadas en el formulario AVVA y las volcaremos en el formulario de Selección y Jerarquía de actividades. Estas actividades, como se mencionó anteriormente, deben ser observables, mensurables y descompuestas en sus partes más pequeñas. Si bien no hay una regla sobre qué actividades del formulario AVVA incluir en el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades, hay algunos criterios generales que pueden resultar útiles.

Un primer criterio es que la jerarquía debe incluir actividades provenientes de diversas áreas vitales en lugar de abordar sólo un aspecto de la vida del consultante. Esto nos asegura una variedad de fuentes alternativas de refuerzo, y proporciona mayor solidez al proceso. Un segundo criterio es seleccionar actividades que tengan altas probabilidades de proporcionar cierto nivel de logro y estructura sobre su vida (tales como las actividades del área “Responsabilidades diarias”), actividades que establezcan un ambiente menos aversivo, más apto para realizar nuevas actividades. Es frecuente que las personas que están pasando por una depresión descuiden el lugar y las condiciones en las que viven; en esos casos actividades sencillas como ordenar los papeles o barrer la casa pueden tener un enorme impacto en el ánimo del consultante. El tercer criterio es seleccionar actividades que el consultante ya está realizando o que realizó en algún momento, de manera de que al comenzar la planificación en la Sesión 4 haya altas probabilidades de que se lleven a cabo.

Esta jerarquía guiará la planificación durante la siguiente sesión, por lo cual esas 15 actividades se puntuarán de manera gradual según su dificultad, de manera que más adelante se puedan empezar a planificar las más sencillas. La manera de lograr esto es en primer lugar escribir las

15 actividades en el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades, y luego asignarles de acuerdo al grado de dificultad que tienen para el consultante, comenzando por la más fácil (1), siguiendo por la más difícil (15), y luego puntuando el resto de las actividades. En el Guion 8 se puede encontrar una presentación de este proceso para el consultante.

3. Tarea

Luego de esta sesión, el consultante tendrá como tarea continuar con el monitoreo diario, continuar revisando y editando el formulario AVVA si fuera necesario, y se agregará como tarea nueva completar el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades.

Sesión 4

Durante la cuarta sesión se cubrirán los siguientes elementos clave:

1. Revisar tarea: monitoreo diario y formulario de Selección y Jerarquía de Actividades.
2. Introducción del monitoreo diario con Planificación de Actividades
3. Tarea: Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente

1. Revisar la tarea

Revisión del monitoreo diario

Comenzaremos la sesión revisando el monitoreo diario, para lo cual aplican las mismas consideraciones que en las sesiones anteriores. A partir de esta sesión comenzaremos a planificar las actividades que hemos venido seleccionando en las sesiones anteriores, por lo cual a partir de este momento el formulario de monitoreo se vuelve crucial para el tratamiento.

Revisión del formulario de Selección y Jerarquía de Actividades

Las actividades que planificaremos junto con nuestro consultante en esta sesión surgirán de la jerarquía construida durante la sesión anterior, por lo cual es imprescindible que la planilla esté completa. En caso de

no ser así, se dedicará un tiempo de la sesión a completarla antes de seguir avanzando.

2. Monitoreo diario con planificación de actividades (Formulario 1 - Guion 9)

A partir de esta sesión comenzaremos a planificar actividades utilizando el formulario de monitoreo como una agenda. Conviene realizar un breve repaso con el consultante por la psicoeducación del tratamiento —especialmente en lo que refiere a motivación y al efecto que tienen las actividades sobre el humor— antes de empezar con la planificación. Debemos hacer hincapié en que realizar estas actividades permitirá al consultante vivir la vida que desea, honrando sus valores de manera activa.

En este paso se seleccionarán conjuntamente con el consultante actividades del formulario de Jerarquía y Selección de Actividades y se planificarán durante la semana. Debemos asegurarnos que las actividades planificadas sean variadas dentro de las áreas vitales, y que sean ligeramente desafiantes para el consultante, que requieran cierto esfuerzo, pero a la vez que sean actividades que pueda realizar, que estén dentro de su alcance. En este punto del tratamiento es vital obtener pequeños éxitos, por lo que debemos evitar a toda costa metas que sean muy difíciles de cumplir para el consultante. Un revés en este momento (por ejemplo, una actividad planificada que resultó imposible de llevar a cabo), será algo costoso de revertir, por lo cual empezaremos apostando a lo seguro: refuerzos pequeños e inmediatos. Necesitamos poner al consultante en contacto con el mundo, y permitir que las contingencias ambientales y sus valores hagan el resto, por ello planificamos actividades sencillas y realizables. En el Guion 9 se puede encontrar una guía para planificar actividades.

Los qué, cuándo y cómo de la planificación.

Para planificar usaremos el mismo formulario de monitoreo. En primer lugar seleccionaremos, junto al consultante, de 1 a 3 actividades de su formulario de jerarquía y buscaremos un momento adecuado para que

pueda llevarlas a cabo durante la semana siguiente. Esto implica que hay dos puntos centrales en el proceso de planificación: qué actividad de la jerarquía planificar y en qué momento, y ambos aspectos requieren cierta habilidad por parte del terapeuta.

Respecto a *qué* actividades planificar, en esta sesión es preferible planificar actividades que estén al alcance del consultante, las actividades más sencillas de la Jerarquía. También se pueden elegir actividades pequeñas pero que tengan altas probabilidades de generar un “efecto dominó” en la vida del consultante. En una ocasión un artista en tratamiento cuya habitación privada era un pequeño caos planificó “ordenar los papeles de mi habitación”, y eso fue la única planificación durante la semana. Sin embargo, cuando terminó de ordenar sus papeles tuvo espacio para sus elementos de dibujo, y sin haberlo planificado se pasó toda una tarde dibujando para una muestra.

Respecto a *cuándo* planificar, debemos considerar ante todo la información que hemos recogido del monitoreo diario: si el consultante pasa 3 horas mirando TV todos los días a la misma hora, sin que esto sea importante o agradable, quizá queramos reemplazar la primera hora de mirar televisión por una actividad planificada como “limpiar mi cuarto”, o podemos utilizar “puntos muertos” durante el día en los cuales no hay ninguna actividad fija.

De la misma manera que con el tipo de actividad, también podemos generar un “efecto dominó” utilizando el *momento* de la planificación. Una consultante que pasaba todo el día en su casa en pijamas planificó ir a comprar el diario por las mañanas; esto implicaba que tenía que cepillarse los dientes, cambiarse de ropa, y salir de su casa, pero también implicaba indirectamente que ya estaba lista para salir de su casa y realizar otras actividades.

Es imprescindible ser claros respecto a todas las condiciones que rodeen a las actividades planificadas: cuándo se realizará, en qué lugar, con qué intensidad. Si, por ejemplo, la actividad es “ir a caminar” se puede especificar qué día y hora, en qué lugar, durante cuánto tiempo, y qué obstáculos podrían surgir.

Al discutir la intensidad de la actividad (cuánto tiempo o trabajo requiere), conviene planificar el *mínimo* posible realizable. Si el consultante quiere escribir un artículo, por ejemplo, podemos preguntar cuánto es lo máximo que podría escribir *en su peor día*. Una vez que lo sepamos, podemos usar eso mismo como el máximo de trabajo a planificar. Es decir, en el día en que peor se estuviera sintiendo, ¿cuánto es lo máximo que podría escribir? ¿100 palabras? ¿Media página? Si el consultante quiere hacer ejercicio una hora, tres veces por semana, sugeriremos empezar con intensidad y frecuencia mínima, quizá sólo 20 minutos un par de veces por semana. Tengamos en cuenta que importa más la activación y la constancia que la cantidad de trabajo logrado. Eventualmente, si la actividad resulta agradable o importante para el consultante se podrá incrementar la frecuencia o intensidad, pero por ahora sólo queremos enfocarnos en la activación, poniendo al consultante en contacto con sus valores y actividades significativas.

Obstáculos

Una vez seleccionadas, debemos estar atentos a que no haya obstáculos para las actividades que planificaremos. Si la actividad requiere pasos previos como por ejemplo, si requiere dinero que el consultante no tiene, o si requiere compañía que aún no está disponible, etc., tenemos tres opciones: resolver esos problemas junto con el consultante en sesión, planificar los pasos previos en lugar de la actividad original, o seleccionar una actividad más accesible.

Utilizando el formulario

Como mencionamos, para la planificación utilizaremos el mismo formulario de monitoreo (formulario 1), como una agenda. Para hacer esto, una vez acordadas en la sesión las actividades a realizar se las agendará en el día y hora acordados para la semana siguiente en el casillero correspondiente del formulario de monitoreo diario. Se le indicará al consultante que continúe realizando su monitoreo como siempre, pero al llegar al día y momento de las actividades planificadas, deberá marcarlas con un círculo si las ha realizado, y consignar el disfrute e importancia en ese momento.

En caso de no realizarlas, le pediremos que no las borre del formulario en ese momento, sino que tache la actividad planificada que no llevó a cabo, y que en su lugar escriba la actividad que realizó. De ser posible, en ese mismo momento deberá re-planificar la actividad en su planilla de monitoreo diario para otro momento de la semana o para más adelante el mismo día. El formulario luciría aproximadamente así:

Hora	Actividad	Disfrute	Importancia
13 hs	Almorzar con compañeros de trabajo	6	3
15 hs.	Ordenar habitación Mirando TV	2	2
16 hs	ordenar habitación	2	7

3. Tarea

La tarea para la semana será continuar con el monitoreo diario y llevar a cabo las actividades planificadas, registrándolas tal como se indicó.

Sesión 5

Durante la quinta sesión se cubrirán los siguientes elementos clave:

1. Revisar tarea: Monitoreo Diario con Planificación de Actividades
2. Introducción del formulario de Acuerdos
3. Tarea:
 - a. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente
 - b. Continuar añadiendo y editando Acuerdos

1. Revisar la tarea (Guion 10)

La revisión de tarea en la quinta sesión incluye algunos elementos nuevos. Respecto a completar el formulario, aplican las mismas consideraciones que hemos visto en las sesiones anteriores. Pero además, desde esta sesión y hasta el fin del tratamiento, en todas las sesiones estaremos revisando de la misma manera la planificación de actividades de la semana, y esto requiere algunas consideraciones especiales.

Revisando las actividades planificadas

En esta sesión revisaremos las actividades que planificamos durante la sesión anterior. Es necesario pasar un buen tiempo revisando las acti-

vidades planificadas, viendo qué funcionó y qué no, estando atentos a la información que nos brinde el consultante al respecto. Podemos indagar cómo se ha sentido y qué ha sucedido al realizarlas, ya que suele ser un momento en el cual aparecen dificultades y preocupaciones que no habían surgido antes, debido a que el consultante está dando pasos activos en cambiar su vida. En este momento podemos obtener mucha información respecto a cuáles son los obstáculos para que el consultante avance en su vida, y es a partir de esta revisión (y las siguientes), que podremos considerar algunas maneras de abordar esas dificultades, ya sea con resolución de problemas o con tratamientos complementarios.

A diferencia de otros modelos, BATD tiene un abordaje muy directo respecto a la realización de las actividades. Cuando un consultante ha llevado a cabo las actividades planificadas, reforzaremos el haberlas cumplido, el hecho de haber podido actuar más allá de sus "ganas", y de dar pasos en la dirección que quiere para su vida. Podemos preguntar cómo se sintió realizándolas, y qué cambios trajo en su humor y en su vida en general. Es perfectamente esperable que inicialmente no registre grandes cambios en el humor, dado que hemos introducido cambios muy pequeños, pero podemos señalar que si esto se mantiene así, eventualmente el humor y el contexto de su vida cambiarán para mejor.

Si el consultante no ha llevado a cabo la actividad planificada (es decir, no la realizó pero tampoco la re-planificó para otro momento), debemos indagar cuáles han sido los factores que impidieron su realización. BATD considera 3 posibilidades básicas:

1. La actividad resultó más difícil de lo esperable

En este caso, intentaremos utilizar resolución de problemas con los obstáculos que se presentaron, planificar pasos previos a la actividad (descomponerla en partes más pequeñas), o bien buscar otra actividad más accesible para el consultante

2. La actividad no resultó importante o agradable

En este caso seleccionaremos una actividad más acorde a sus valores, que resulte más importante o agradable para el consultante.

3. El consultante dice algo como “no tuvo ganas de hacerlo”.

Como mencionamos anteriormente “ganas” son la manera coloquial de denominar a la motivación. En sí, la motivación o las ganas no son causas para actuar o dejar de actuar, sino un determinado sentimiento que acompaña a la acción. Todo el tiempo realizamos pequeñas actividades para las cuales no tenemos “ganas” ni motivación alguna. Cuando un consultante dice que no realizó determinada actividad por no tener ganas o no sentirse motivado, lo que podemos considerar es que la actividad no fue lo suficientemente accesible, o no estuvo conectada con sus valores o con un posible disfrute, o que las actividades no saludables proveyeron un mayor grado de refuerzo. Como mencionamos anteriormente, de acuerdo con la ley de Igualación una actividad es preferible a otra de acuerdo al grado de refuerzo que ésta provee. Nuestro trabajo consiste en hacer accesibles esas actividades, en aumentar el refuerzo que las conductas saludables reciben. Debemos pensar con nuestro consultante qué tipo de condiciones ambientales harían esta actividad más disponible, quizá modificando alguna parte de su rutina, quizá pidiendo ayuda a otra persona (véase el apartado siguiente sobre Acuerdos). En este caso, debemos volver a la psicoeducación sobre motivación, y repasar la lógica del tratamiento.

4. El consultante olvidó realizar la actividad.

En este caso utilizaremos las mismas estrategias que para los olvidos del monitoreo diario. Recordemos que hasta tanto no se desarrolle una rutina estable, es comprensible que el consultante tenga dificultades integrando las nuevas actividades. La mejor manera de prevenir esto es utilizar el formulario de monitoreo a lo largo del día, ya que entonces las actividades planificadas serán visibles al momento de completar el formulario.

Una idea para estos casos, que tomamos de Kanter et al. (2009), es la de utilizar notas adhesivas como recordatorios en lugares estratégicos. Por ejemplo, pegar en el espejo del baño una nota con la actividad a realizar durante el día de manera que el consultante la vea al cepillarse los dientes, o pegar una nota en el teléfono que recuerde la actividad

de llamar a un familiar, etc. Esta estrategia puede ser útil hasta que el consultante desarrolle una rutina estable, momento en el cual las propias actividades sirvan de recordatorios para la siguiente actividad.

5. El consultante no tuvo tiempo de realizar la actividad

En este caso, deberemos volver al monitoreo diario y buscar momentos disponibles para la actividad nueva, o bien reducir el tiempo que dedica a otras actividades.

2. Introducción de Acuerdos (Formulario 4 – Guion 11)

En esta sesión introduciremos el formulario de Acuerdos (Formulario 4). Los acuerdos están diseñados principalmente para las actividades que los consultantes no pueden llevar a cabo por sí mismos.

A menudo las personas con depresión tienen dificultades pidiendo ayuda, y a su vez las personas en su entorno tienen dificultades para ayudarlos, o no saben cómo hacerlo. Los pedidos de ayuda suelen estar dirigidos a que otra persona realice cierta actividad por el consultante (por ejemplo, ir a pagar las cuentas), o bien el contacto social se limita a quejas acerca de la propia situación, y las personas en el entorno responden con refuerzo positivo a estas quejas (comprensión, calidez), mientras que las conductas saludables son pasadas por alto, o bien forzadas cuando el consultante no está listo para ellas. De hecho, el entorno social puede proveer un sostén muy importante en la recuperación del consultante, en tanto y en cuanto esta ayuda sea planteada de manera adecuada. A este fin utilizamos el que será el último formulario de BATD: Acuerdos.

Para utilizar los acuerdos, comenzaremos identificando una actividad del formulario de Selección y Jerarquía con la cual está teniendo dificultades, o bien una actividad planificada que no pudo realizarse. Una vez hecho esto, pensaremos junto con el consultante en personas que podrían ayudar a llevarla a cabo, y especificaremos de qué manera esas personas podrían ayudar.

La forma de ayudar tiene que estar orientada a que sea el consultante quien realice la actividad, no que otra persona la haga por él. El obje-

tivo último de este formulario, además de ayudar a que la actividad se lleve a cabo, es entrenar al consultante a pedir ayuda de manera eficaz y asertiva, reemplazando las quejas por acciones directas que modifiquen su situación vital, proporcionando la estructura y el soporte necesario en su ambiente para que sus actividades sean llevadas a cabo. Esto, casi paradójicamente, permite al consultante volverse más autónomo, al utilizar su medio social como un recurso de manera eficaz.

Los acuerdos pueden utilizarse con diversos objetivos:

- Para realizar una actividad que resulta difícil al consultante por obstáculos materiales (por ejemplo, si el consultante necesita llegar a un lugar en automóvil y no dispone de uno).
- Para aumentar el disfrute de algunas actividades. Especialmente cuando se trata de actividades poco agradables, contar con compañía puede aumentar las probabilidades de que sean llevadas a cabo.
- Como refuerzo por llevar a cabo una actividad planificada: por ejemplo, planificar tomar un café con un amigo inmediatamente después de pagar las cuentas.

El formulario se completará en la sesión y también entre sesiones como tarea, y los pedidos de ayuda se agendarán como una actividad planificada en el formulario de monitoreo. No es necesario que el consultante muestre el formulario a la persona a la cual le pedirá ayuda (aunque es una opción, por supuesto). En la mayoría de los casos basta con discutirlo durante la sesión, planificando qué se va a pedir, a quién, y cuándo, y luego el consultante puede hacer el pedido de manera informal.

Si el consultante puede llevar a cabo las actividades planificadas sin problemas, entonces podemos omitir el trabajar Acuerdos, pero en caso contrario, si está atascado con ciertas actividades, trabajar Acuerdos puede brindarle el apoyo y la estructura necesarios para que pueda llevarlas a cabo. Se puede utilizar el Guion 11 para guiar este proceso.

3. Tarea

Hacia el final de la sesión se planificarán actividades a realizar durante la semana utilizando el formulario de Jerarquía y Selección de Activi-

dades, de la misma manera que se hizo en la sesión anterior. Además en esta ocasión se añadirá el formulario Acuerdos a la tarea: el consultante deberá completarlos y editarlos, y en caso de tener algún Acuerdo listo para llevarse a cabo, el mismo se podrá incluir en la planificación.

Sesiones 6 a 9

REVISIONES

El protocolo BATD abarca 10 sesiones en total, pero sólo introduce nuevos contenidos y formularios hasta la quinta sesión. El formulario de Acuerdos es el último contenido nuevo que se introduce en el protocolo BATD. La Sesión 6 se utilizará para la revisión de la tarea de la sesión anterior, y de ahí en adelante el tratamiento consistirá en revisiones de los contenidos y formularios ya trabajados en las sesiones previas y asignación de nuevas tareas. Esto permite incluir sólo los contenidos mínimos necesarios, de manera de mantener el tratamiento tan simple como sea posible y enfatizar constantemente la activación conductual.

A partir de la séptima sesión, todas las sesiones tendrán la misma estructura:

1. Revisión de las actividades planificadas durante la sesión anterior
2. Revisión y edición de contenidos ya trabajados en las sesiones anteriores.
3. Tarea: Planificación de nuevas actividades para la siguiente semana (y edición de Acuerdos si fuera necesario)

El objetivo general de estas sesiones es construir hábitos activos y saludables en la vida del consultante a partir de lo trabajado en las primeras cinco sesiones. Esto significa integrar las actividades que el consultante realiza en patrones de conducta cada vez más amplios utilizando

las herramientas básicas que constituyen el tratamiento BATD. Como mencionamos en capítulos previos, construir una rutina con actividades dentro de distintas áreas vitales y valores permite que aunque surjan dificultades dentro de un ámbito en particular de su vida el consultante tenga el respaldo necesario para mantenerse activo.

Sesión 6

Los elementos claves de la Sesión 6 son los siguientes:

1. Revisar tarea:
 - a. monitoreo diario con planificación de actividades
 - b. formulario de Acuerdos
2. Tarea: monitoreo con planificación de actividades y continuar revisando y editando Acuerdos

1. Revisión de la tarea

a. Revisión del monitoreo diario

Comenzaremos la sexta sesión de la misma manera que la sesión anterior: revisando las actividades planificadas para la semana anterior y aplicando resolución de problemas o utilizando los acuerdos cuando sea necesario (véase la sección sobre revisión de actividades en la quinta sesión para una descripción detallada del proceso). Una vez realizado esto, pasaremos a revisar los Acuerdos que el consultante ha estado editando y utilizando durante la semana.

b. Revisión del formulario de Acuerdos (Guion 12)

Revisaremos los acuerdos de la misma manera que los otros formularios (véase el esquema de la segunda sesión, la sección de revisión del monitoreo diario). Al trabajar con Acuerdos cabe recordar que a menudo el entorno social del consultante con depresión es reducido, especialmente

cuando se trata de depresiones de larga data, y cuando esto es así puede ser difícil encontrar personas a las cuales pedir ayuda; si ese fuera el caso pondremos especial énfasis en el área vital de Relaciones, a fin de que el consultante pueda expandir su círculo social, quizá incluyendo actividades que involucren conocer o interactuar con personas nuevas.

Una vez revisados los acuerdos, realizaremos la planificación de actividades para la semana próxima, utilizando el formulario de monitoreo diario, y la edición de Acuerdos, en caso de ser necesario.

2. Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana próxima
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos

Sesión 7

Los elementos claves de la Sesión 7 son los siguientes:

1. Revisar tarea: monitoreo Diario con Planificación de Actividades
2. Revisión de Áreas vitales, valores e inventario de actividades
3. Tarea: monitoreo diario con Planificación de Actividades

1. Revisar tarea

Comenzaremos la séptima sesión con la revisión del monitoreo diario con planificación de actividades que el consultante ha realizado durante la semana, de la misma manera que en sesiones anteriores.

2. Revisión de Áreas Vitales, Valores y Actividades (Guion 13)

Una vez revisada la tarea de la semana anterior, volveremos a traer a la sesión el formulario AVVA, utilizando los mismos principios y contenidos

que en la segunda sesión, y discutiendo con el paciente si es necesario introducir alguna modificación en sus contenidos. Pondremos particular énfasis en si las actividades que el consultante ha estado realizando se ajustan a sus valores, y también debemos indagar si han surgido valores que no había considerado antes, o valores que se hayan modificado. Cuando el consultante comienza a estar más activo puede suceder que sus prioridades cambien o que descubra nuevos aspectos valiosos en algunas áreas vitales, y éste es un buen momento para hablar detenidamente de los cambios que podrían haber surgido en sus valores.

Luego de revisar el formulario AVVA, volveremos a realizar la planificación de actividades para la siguiente semana, teniendo en cuenta los cambios que pudieran haber surgido al revisar el formulario AVVA. Si corresponde, además, el consultante seguirá trabajando sobre el formulario de Acuerdos según los principios descritos en la quinta sesión.

3. Tarea

La tarea a asignar será el monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana próxima y continuar añadiendo y editando Acuerdos y el formulario AVVA si fuera necesario.

Sesión 8

Los elementos clave de la sesión 8 son los siguientes:

1. Revisar tarea: Monitoreo diario con Planificación de Actividades.
2. Selección y Jerarquía de Actividades: Revisión del concepto y edición
3. Tarea: monitoreo diario con planificación de actividades y revisión del formulario de Selección y Jerarquía de actividades.

1. Revisar tarea

Al igual que en las sesiones anteriores, la Sesión 8 abarca la revisión del monitoreo diario con planificación de actividades, y el formulario de Acuerdos de la semana anterior

2. Revisión del formulario de Selección y Jerarquía de Actividades (Guion 14)

La octava sesión se dedicará a revisar y editar el formulario de Selección y jerarquía de actividades, cuyos contenidos fueron expuestos en detalle en la tercera sesión. El objetivo de esta revisión es extraer nuevas actividades del formulario AVVA y organizarlas en una jerarquía de dificultad creciente, adecuada al nivel de actividad del consultante en este momento.

Una vez revisado y editado el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades, se realizará la planificación de actividades para la semana entrante, y la edición de Acuerdos si correspondiera.

3. Tareas

Las tareas para esta semana abarcan el monitoreo Diario con Planificación de Actividades, revisar el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades y continuar añadiendo y editando Acuerdos, si fuera necesario.

Sesión 9

Los elementos clave de la Sesión 9 son los siguientes:

1. Revisar tarea: monitoreo diario con planificación de actividades.
2. Acuerdos: revisión de concepto y edición
3. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana próxima

1. Revisar tarea

Al igual que en las sesiones anteriores, la Sesión 9 abarca la revisión del monitoreo diario con planificación de actividades, y el formulario de Acuerdos de la semana anterior

2. Revisar Acuerdos (Guion 15)

En esta sesión volveremos a revisar y editar junto con el consultante el formulario de Acuerdos, según los principios enunciados en la Sesión 5. El Guion 15 proporciona una guía para trabajar este contenido en esta sesión.

3. Tarea

Las tareas para esta semana abarcan el monitoreo Diario con Planificación de Actividades y continuar añadiendo y editando Acuerdos, si fuera necesario.

Sesión 10

Los elementos claves de la sesión 10 son:

1. Revisar Tarea: Monitoreo Diario con Planificación de Actividades.
2. Terminando el tratamiento

1. Revisión de la tarea

Como en todas las sesiones, comenzaremos revisando el formulario de monitoreo con planificación de actividades de la semana anterior y el formulario de Acuerdos si correspondiera.

2. Terminando el tratamiento (Guion 16)

La décima sesión es la última del protocolo BATD –lo cual no significa necesariamente que sea la última sesión del tratamiento, ya que éste puede ser más largo o incluso más corto. Por esto aclaramos que aquí nos estamos refiriendo a la *última* sesión del tratamiento, ya que los contenidos de esta sesión se trabajarán al momento de dar por concluido el tratamiento. Esta sesión se enfoca fundamentalmente en cómo sostener los progresos realizados y cómo seguir avanzando una vez que el tratamiento finaliza. Respecto a la estructura, esta sesión comienza con la revisión de las actividades de la semana anterior, tras lo cual planificaremos las actividades para la semana siguiente. Hecho esto, procederemos a dar un cierre al tratamiento.

Reforzar el progreso realizado

Al momento de terminar el tratamiento debemos reforzar activamente el esfuerzo realizado por el consultante a lo largo del mismo. Un tema que es importante recordar aquí es que en BATD, a diferencia de otras terapias, el progreso no es puesto en relación con el trabajo dentro de las sesiones, sino con lo que el consultante hace *fuera* de ellas. El papel del terapeuta BATD se parece al de un entrenador deportivo, que guía, alienta, orienta, pero quien en última instancia entrena y es responsable de sus logros es el deportista. De la misma manera, más allá de nuestro desempeño como profesionales, es el consultante quien ha realizado todo el trabajo pesado: completar formularios, planificar actividades, pedir ayuda, etc., y esto es algo que queremos comunicar explícitamente al consultante: si ha progresado, ha sido por su propio esfuerzo. De este modo transmitimos al consultante que es él o ella quien tiene las herramientas y la capacidad para sostener una vida plena y significativa una vez que termine el tratamiento.

Un recurso útil en este momento es revisar junto al consultante los formularios de monitoreo diario de las primeras semanas de sesión y compararlos con los formularios de las últimas sesiones, notando los cambios y los progresos realizados.

Posibles obstáculos y el futuro

Otro recurso posible para trabajar en esta sesión es anticipar los posibles obstáculos que podrían surgir una vez terminada la terapia y cómo podría el consultante responder utilizando las herramientas aprendidas durante la misma. Hay que tener en cuenta que, si bien las dificultades en la vida son inevitables, no necesariamente se van a traducir en depresión.

Generalizar los puntos de tratamiento BATD es lo que permitirá que el consultante siga manteniendo una vida plena y saludable aún en presencia de circunstancias vitales desfavorables, por lo cual lo alentaremos a expandir sus áreas vitales. Podemos discutir con el consultante

qué elementos de la terapia le han resultado más útiles y cuáles podría seguir utilizando y de qué manera una vez que la terapia termine -por ejemplo, sosteniendo la planificación de actividades de manera más liviana, utilizando una agenda.

Consideraciones generales del protocolo BATD

Como hemos repetido a lo largo de este libro, el protocolo es flexible. La décima sesión no necesariamente tiene que ser la última. En caso de ser necesario el protocolo se puede extender tanto como sea necesario, continuando con la planificación de actividades y periódicamente repasando el formulario AVVA, el formulario de Selección y Jerarquía de Actividades, y el formulario de Acuerdos. También se puede trabajar sólo con algunos elementos del modelo, intercalarlo en otros abordajes, o modificarlo de cualquier manera que resulte útil en la clínica. Los procedimientos en las diez sesiones no son una receta rígida e inamovible, sino la mejor presentación posible de principios que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de consultantes con depresión.

La planificación de actividades, desde la sesión 4 en adelante, debería incluir gradualmente más actividades y con mayor nivel de dificultad. Las actividades que se realizan de manera repetida (como por ejemplo "ir a hacer las compras"), se planifican una y otra vez, pero gradualmente el terapeuta irá desvinculándose de su planificación.

Para reducir la probabilidad de futuras recaídas y favorecer que se mantenga el nivel de actividad, el terapeuta debe alentar a que las actividades vayan consolidando gradualmente patrones o rutinas saludables, como así también que las actividades planificadas cubran diversas áreas vitales.

TERCERA PARTE

DIFICULTADES FRECUENTES Y CASOS ESPECIALES

En este apartado nos dedicaremos a presentar las dificultades frecuentes que pueden surgir a lo largo del tratamiento BATD así como algunas recomendaciones para su resolución. Luego haremos referencia a las potencialidades del tratamiento en cuanto a su integración con otros modelos y a su aplicación con otras poblaciones y formatos.

Dificultades frecuentes durante el tratamiento

Debido a que BATD es un tratamiento relativamente simple y concreto en cuanto a sus componentes, podría pensarse que siempre es de fácil implementación. Sin embargo, pueden surgir algunos desafíos durante el tratamiento que el terapeuta debe abordar para mantener al consultante avanzando.

Algo que es importante a tener en cuenta en primer lugar son las características de los consultantes que parecen estar asociadas a la obtención de alta adherencia al tratamiento y de buenos resultados terapéuticos. En este sentido, los aportes de los investigadores, desarrolladores del modelo, terapeutas y consultantes sugieren que BATD es muy apropiada para consultantes que se muestran abiertos al cambio y cómodos con la idea de que la terapia es un proceso activo que implicará esfuerzos también fuera de las sesiones (Carl W. Lejuez et al., 2011). Aún en los

casos en que esto no esté dado desde el comienzo, tomarse el tiempo de explicar el fundamento del tratamiento aumentará la alianza terapéutica y la disposición del consultante a embarcarse en una tarea que al principio puede resultarle un tanto exigente. El terapeuta puede volver a este punto, repasando el fundamento del tratamiento, cada vez que lo considere necesario para aumentar el compromiso del consultante con las tareas propuestas mientras valida el esfuerzo y las dificultades que pueden ir surgiendo.

A pesar de transmitir el fundamento y la lógica del tratamiento de manera clara y encontrarse el consultante motivado, pueden aparecer algunos obstáculos. En este sentido, hemos encontrado algunas dificultades frecuentes y ciertas formas de abordaje que pueden favorecer su resolución. En la sección anterior hemos descrito algunas formas de resolver problemas puntuales para cada sesión, y en esta parte vamos a profundizar un poco más al respecto. En primer lugar vamos a referirnos a dificultades respecto a la realización de las tareas. En segundo lugar, trataremos de resolver la cuestión relativa al uso del tiempo en sesión cuando el consultante desea hablar de sus problemas como en una terapia estándar. En tercer lugar, puede ocurrir que el consultante se encuentre estancado considerando que la causa de su depresión es un evento del pasado que no puede cambiarse o determinada característica puntual, lo cual puede constituir un obstáculo para avanzar en otras direcciones. En cuarto lugar, abordaremos la cuestión de cómo personalizar el tratamiento ya que no hacerlo puede constituir una barrera. En quinto lugar, abordaremos dos aspectos que pueden surgir durante el tratamiento y ser obstáculo para el avance del mismo: la rumiación persistente y la ideación suicida. Finalmente, abordaremos posibles caminos a tomar si evaluamos que BATD no está funcionando o no es suficiente.

Dificultades relativas a la realización de las tareas

Cuando nos referimos a realización de tareas, estamos remitiéndonos tanto a llenar los formularios como a realizar las actividades planificadas para la semana. Lo primero que debemos hacer es definir los obstáculos que hubo para su realización.

Quizá el primer problema con el que podamos encontrarnos es que el consultante no trae el registro completo a sesión, cuestión que es más frecuente en las primeras semanas de tratamiento. O bien que el registro esté incompleto no aportando la suficiente información sobre disfrute o importancia. Debido a que es fundamental contar con esa información, más allá de definir el problema e intentar solucionarlo, lo primero que haremos es pedirle que lo complete ahí mismo en sesión, con las actividades realizadas en los dos días previos, dejando en claro que el objetivo es que esta tarea se complete en casa en el futuro. Esa pequeña muestra de actividades nos servirá para ponernos en marcha y mostrar al consultante que tan valiosa es esa información. También nos servirá para identificar algún obstáculo que pueda estar operando para no realizar la tarea en casa.

Uno de los obstáculos que puede haber tenido lugar es que el consultante no consideró que la tarea sea tan importante. En ese caso, repasaremos el fundamento del tratamiento. Como mencionamos anteriormente, muchas veces nos es útil utilizar alguna analogía respecto de su relevancia. Solemos compararlo con lesionarse una pierna e ir a rehabilitación: se puede asistir rigurosamente a las sesiones pero si no se practican los ejercicios de rehabilitación durante la semana, la mejoría se retrasa y en muchas ocasiones directamente no sucede.

Puede ocurrir también que el obstáculo sea que el consultante no comprendió la tarea o bien no tiene las habilidades para llevarla a cabo. Esto se hará evidente cuando intentemos completar los formularios en sesión. Una buena manera de asegurarnos que el consultante comprendió el objetivo es solicitarle que repita él mismo la tarea por hacer con sus propias palabras, al finalizar la sesión, y que aporte algún ejemplo que podría aplicar. Si evaluamos que al consultante le falta alguna habilidad, utilizaremos el modelado en sesión de ser necesario e intentaremos que pueda practicar dentro y fuera de sesión los pasos aprendidos. Si la dificultad continúa, quizá sea necesario replantear la actividad o tarea en un formato más adecuado o aumentar el tiempo planificado disponible para su realización.

Otro obstáculo que puede impedir la realización de la tarea es que la misma no haya estado lo suficientemente graduada —en términos de intensidad, frecuencia o duración— o que haya pequeños pasos previos que era necesario completar y que se han pasado por alto. Como hemos visto, el cambio es posible cuando se comienza por algo pequeño. Los consultantes no siempre se dan cuenta de que la tarea puede resultar demasiado compleja o desafiante. Si este fuera el caso, ayudaremos a identificar cuáles son los pasos más pequeños necesarios, y planificaremos estos pasos antes de avanzar.

Puede ocurrir que el consultante refiera que simplemente olvidó realizar la tarea. Esto implica que no hay señales suficientes en el contexto que le recuerden llevarla a cabo. Nuestra tarea será ayudarlo a encontrar la mejor manera de poder recordar las tareas: puede utilizar notas de recordatorio en un lugar visible de su casa o bien colocar una alarma en su celular, puede ser útil anotar las tareas en un cuadernillo o incluir a otra persona que se comprometa a recordarle al consultante el momento de realizar una actividad particular. La propuesta es intentar soluciones y evaluar cuál es la que mejor funciona. También puede ocurrir que el consultante refiera que no logra encontrar la tranquilidad y la comodidad para realizar las tareas, en especial si vive en un ambiente familiar caótico o que no colabora especialmente con este tratamiento. También aquí probaremos alternativas como pueden ser realizar las tareas fuera de la casa en un lugar más tranquilo —como un bar o una plaza— o bien escoger momentos del día en donde hay más calma, como por ejemplo a la noche luego de la cena o cuando los niños ya se han dormido.

Por último, debemos tener siempre presente las contingencias que afectan la realización de la tarea, sus antecedentes y sus consecuencias. Particularmente en sesión, es fundamental comenzar las sesiones dando importancia a las tareas comenzando siempre por revisarlas. No revisar el monitoreo puede llevar lógicamente al consultante a abandonar su realización durante la semana. Un obstáculo en este sentido ocurre cuando las contingencias disminuyen en lugar de aumentar la probabilidad de una actividad. Esto sucede cuando el consultante llega a sesión habiendo realizado una actividad planificada y refiriendo que su ánimo empeoró en

lugar de mejorar, por ejemplo. En ese caso tenemos dos caminos posibles: uno es simplemente planificar una actividad diferente para la próxima vez, el otro es detenernos en el contexto en que ocurrió dicha actividad a fin de poder identificar si alguna de las contingencias operando pueden haber afectado los resultados. Quizá lo que desmejoró el ánimo no fue en sí la actividad sino el recibimiento de la familia al regresar, por citar un ejemplo, o bien que otras tareas importantes no fueron realizadas y eran más urgentes y las consecuencias de no hacerlas empañan el disfrute de la actividad planificada. En cualquier caso, intentaremos modificar dichas consecuencias modificando el entorno de modo de maximizar la obtención de las consecuencias deseadas. Una posibilidad es planificar la actividad en un momento o en un día más apropiado.

En síntesis, intentaremos identificar los obstáculos y utilizar estrategias que funcionen para resolverlos de modo de poder avanzar, manteniendo una actitud validante frente a las dificultades, no juiciosa y orientada a soluciones posibles para el consultante.

Dificultades relativas al uso del tiempo en sesión

Los consultantes que tienen experiencia en hacer psicoterapia pueden sentirse confundidos o frustrados al comienzo cuando notan que el foco de las sesiones está puesto en los monitoreos y tareas. Puede ocurrir que deseen utilizar el tiempo de sesión en hablar de sus dificultades y experiencias, de los eventos que ocurrieron durante la semana o de algún episodio frustrante puntual que consideran relevante. Dedicar las sesiones a estos contenidos es un obstáculo para seguir la agenda de BATD y en muchas ocasiones exacerba más que mejorar el afecto negativo. Es importante que el consultante pueda notar si estos relatos mejoran o empeoran cómo se siente y también su utilidad: pueden tener un efecto de desahogo en el corto plazo pero no resuelven los problemas en el largo plazo. Por otro lado, sabemos que es importante mantener una buena relación terapéutica y ser flexibles frente a las necesidades de nuestros consultantes.

Una buena manera de abordar este problema es recordar al consultante el fundamento del tratamiento y las razones del uso del tiempo de

esa manera en sesión, identificando sus beneficios y a la vez acordar con el consultante un tiempo delimitado al final de la sesión para que pueda expresarse. Planificarlo al final de la sesión aporta tranquilidad al terapeuta respecto a que la agenda de sesión y sus puntos fundamentales estén asegurados. También resulta útil ayudar al consultante a crear otros contextos sociales en donde pueda hablar de lo que le ocurre, es decir, ayudarlo a conseguir oportunidades de obtener apoyo social. Los contratos pueden ser útiles a este propósito. También la planificación de actividades sociales en el área de relaciones.

En el caso de que el problema persista, es posible extender el tratamiento unas sesiones y dedicarlas a discutir estos temas; dar al consultante un espacio en donde pueda expresarse si consideramos que puede sumar a la relación terapéutica y aportar datos relevantes para la planificación. Otra alternativa es destinar las primeras sesiones a este tipo de intercambios para tener la oportunidad de conocer al consultante y cumplir sus expectativas de compartir eventos importantes para él. Luego de estas sesiones iniciales se puede dar comienzo al protocolo BATD.

Dificultades relativas a las causas de la depresión que se da el consultante

Un desafío para el terapeuta aparece cuando el consultante considera que la causa de su depresión está en un evento del pasado inmodificable o en cierta condición actual (por ejemplo, el sobrepeso) y se niega a ampliar las áreas de desarrollo de actividades placenteras e importantes que no refieran a dicha cualidad o condición. Por ejemplo puede ocurrir que un consultante perdió a su esposa y puede estar convencido de que ya no es posible sentirse bien sin ella aun interactuando con otras personas. Esto puede ser un obstáculo en dos sentidos: o bien puede el consultante negarse a explorar otras áreas y planificar actividades o bien puede ocurrir que no esté dispuesto a reconocer la utilidad de otras actividades que no refieran directamente al problema en cuestión. Será trabajo del terapeuta trabajar con estos obstáculos. El terapeuta le recordará que la depresión rara vez es el resultado de un solo aspecto de la vida —o de una única área vital afectada— y alentará a probar e intentar nuevas actividades y

a que el consultante desarrolle curiosidad respecto a cómo impactan en su vida. La actitud del terapeuta no será confrontativa sino colaborativa, validando las metas a largo plazo respecto al problema particular (en el caso del sobre-peso, por ejemplo) pero estimulando el hecho de que el consultante pueda entrar en contacto con actividades importantes o placenteras en el día a día, considerando otros valores y actividades importantes. La meta del terapeuta será llevar la atención a otras áreas para incrementar experiencias positivas. En ningún caso se discutirá sobre la validez de dichas causas propuestas por el consultante, en su lugar se enfatizará sobre los factores de mantenimiento de las conductas depresivas y cómo modificar conductas para aumentar aquellas que se consideran saludables.

Personalización y Adaptación del tratamiento

Es importante considerar que pese a que BATD es un protocolo simple y estructurado, es fundamental poder adaptar el tratamiento frente al consultante particular que tenemos enfrente. Los consultantes tienen estilos diferentes, lenguajes e idiosincrasias diferentes, diferentes áreas vitales son importantes para ellos, y sus problemas pueden variar significativamente. Podemos tener un consultante que se encuentra tan aislado y retraído que no logra siquiera identificar sus valores en las diferentes áreas vitales o bien uno que lleva una vida activa y efectiva pero no le encuentra sentido y propósito. En este sentido es importante que podamos detenernos más en un proceso que en otro con algunos consultantes y dedicar más tiempo a un proceso puntual.

También aquí nos encontramos con las dificultades que pueden surgir de diferentes contextos clínicos, como en el caso de aplicar BATD en el contexto de una internación o diferentes contextos económicos, como aplicar el tratamiento a consultantes que encuentran acceso restringido a muchas posibilidades debido a no contar con determinados recursos. En el caso de consultantes internados, pueden pensar que tienen poca libertad para incluir nuevas actividades que puedan encontrar importantes o agradables, o bien consultantes que trabajan muchas horas pueden sentir que no disponen de tiempo suficiente para cambiar su planificación e intentar

nuevas conductas. En estos casos lo fundamental es que terapeuta y consultante sean lo más creativos posible para proponer actividades dentro de estos contextos limitados. Un buen ejemplo de esto es el trabajo con BATD con consultantes internados (Daughters et al., 2008) que mostró que un amplia gama de actividades puede ser propuesta examinando las oportunidades cotidianas para desarrollar actividades valiosas.

Ideación Suicida y Rumiación: dos posibles obstáculos

Ideación o Comportamientos Suicidas

El objetivo principal de BATD es aumentar la ocurrencia de conductas saludables, extinguiendo las no saludables o desadaptativas, como lo son las conductas suicidas y parasuicidas. Esto se logra estimulando a los consultantes a la realización de actividades que incrementan la posibilidad de obtener refuerzos positivos. A medida que las conductas reforzadas positivamente son identificadas y practicadas los comportamientos poco saludables pierden su valor de refuerzo y decrecen en frecuencia (Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir & Lejuez, 2003).

Sin embargo puede ocurrir que al principio del proceso terapéutico el consultante manifieste ideación suicida y se evalúe que hay un riesgo de conducta suicida. Existen protocolos de suicidio que son consistentes con BATD y que constituyen guías de buena práctica. Sugerimos en particular el propuesto por Terapia Dialéctico Comportamental (Linehan, 1993).

La evaluación del riesgo suicida y la elección de intervenciones requieren de un enfoque activo por parte del terapeuta, centrado en la resolución de problemas y en un análisis funcional exhaustivo del comportamiento o ideación suicida, lo cual implica considerar las posibles funciones (respondientes y/o operantes) de dicho comportamiento y trabajar para resolver disparadores o consecuencias que lo mantienen.

De esta manera, cuando ideación o comportamiento suicida aparezcan en el tratamiento muy posiblemente debemos salir de la agenda pre-establecida para dar atención y asistencia adecuada en el momento a esta dificultad.

Rumiación

La presencia de rumiación persistente también puede constituirse en obstáculo para el avance del tratamiento, en particular cuando es tal que lleva al consultante a la pérdida de contacto con el momento presente y con las contingencias ambientales y se evita a través de ella la resolución de problemas de forma efectiva. Nos referimos a la rumiación como la inmersión de la persona en su propio discurrir de pensamientos negativos, centrándose en ideas autorreferenciales que suelen referirse a las emociones negativas que no llevan a resoluciones efectivas sino a rodeos mentales sin fin.

Mientras que en el enfoque BA la rumiación es abordada en forma directa (Barraga, 2009), en BATD se considera que tal comportamiento irá disminuyendo naturalmente cuando el consultante esté conductualmente activado.

Para un abordaje sistematizado de la rumiación pueden remitirse a Martell et al.(2010) y a Kanter et al.(2009). Aquí señalaremos algunos lineamientos generales de abordaje de la rumiación en el tratamiento de Activación Conductual.

Debido a que para la tradición conductual el pensar es una conducta el foco estará puesto en las consecuencias o funciones de la rumiación, más que en su contenido. Consideramos, así, que algunos pensamientos son reforzados, razón por la cual se repiten o mantienen. Este enfoque de la rumiación lleva entonces al terapeuta a formular preguntas tales como “¿Qué estaba haciendo cuando comenzó la rumiación?” “¿Qué consecuencias tuvo la rumiación? ¿Cambió algo y si es así qué fue lo que cambió?”. Podría ocurrir que la rumiación está siendo reforzada negativamente aliviando el contacto con un ambiente aversivo o bien podría provocar alivio del dolor asociado con eventos del pasado; también puede funcionar como un modo de permanecer en contacto con algo que se ha perdido o podría ser considerada como un modo posible de resolución de problemas a través de sentir que permitiría mayor entendimiento del problema que se está atravesando (Kanter et al., 2009). Lo cierto es que raramente la rumiación constituye un

modo útil de resolución de problemas, por lo cual es importante también preguntar al consultante si considera que le es útil la rumiación: “¿llevó la rumiación a una solución real del problema? ¿Mejora su estado de ánimo cuando se encuentra rumiando o empeora?”. Ayudar a los consultantes a identificar las consecuencias de la rumiación puede aumentar su disposición a practicar conductas alternativas. Dentro de las propuestas para lidiar con la rumiación encontramos estrategias de mindfulness (Kabat-Zinn, 1994) que implican focalizar la atención en el momento presente, en la experiencia sensorial sucediendo y en la tarea que se tiene entre manos. También puede ser de utilidad el uso de estrategias de distracción, como focalizar la atención en otro lugar por un periodo de tiempo determinado o agregar un nuevo estímulo o actividad y concentrarse en ella.

¿Qué ocurre si BATD no es suficiente?

Es fundamental que el terapeuta pueda utilizar el modelo de manera funcional, esto es, de manera tal que encaje con lo que se propone lograr con ese consultante en particular. Esto significa que para que algunos consultantes puede considerar que este modelo es todo lo que necesitan. Esto suele ser cierto para aquellos casos de mayor gravedad para los cuales hay evidencia de que obtiene mejores resultados que en casos leves o moderados (Derek R Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003). En otros casos, puede haber buenas razones para utilizar el modelo en conjunto con otro, es decir, utilizarlo como un componente dentro de un tratamiento más amplio. Esto puede resultar de utilidad en aquellos casos en que se evalúe que BATD no es suficiente, lo cual es válido también para la inclusión de un tratamiento farmacológico combinado. No hay razón por la cual este modelo no pueda ser utilizado en combinación con otros enfoques psicológicos o con farmacoterapia. En definitiva se trata de un buen método para ayudar a los consultantes a pensar qué es importante para ellos y como pueden actuar día a día para alcanzarlo y obtener el apoyo que necesitan.

Integración de BATD con otros Modelos de Psicoterapia

Para algunos terapeutas el modelo BATD podrá considerarse un tratamiento autónomo para consultantes con depresión, mientras que para otros las estrategias que lo componen pueden constituir una buena herramienta para trabajar los aspectos conductuales dentro de un modelo de tratamiento más abarcativo. BATD puede incluirse como un componente dentro del modelo usual que utiliza el terapeuta para abordar la depresión o para estimular la activación conductual en aquellos casos en que se considere de importancia.

Este modelo puede ser integrado a una terapia cognitivo-conductual estándar (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), como una forma de enfatizar el proceso de activación conductual que la integra pero enfocado específicamente a valores y áreas vitales de importancia para el consultante. Asimismo puede integrarse a la terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) para aumentar las conductas de dominio orientadas por valores (aumentar experiencias positivas para la vida) y reducir la vulnerabilidad a emociones negativas. También puede constituir una herramienta útil para trabajar Acción Comprometida dentro del contexto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011).

No hay en principio ningún motivo para desaconsejar la integración de este modelo con los utilizados habitualmente por el terapeuta. El aspecto más importante a tener en cuenta es que el enfoque teórico de ambos modelos tenga suficiente coherencia como para que las intervenciones no confundan al consultante si van en direcciones opuestas o inconsistentes. Los enfoques contextuales aceptan de manera muy fluida la integración con estrategias de BATD.

Combinar BATD con otros enfoques en este sentido puede aumentar la flexibilidad del terapeuta para tratar casos más complejos, incluidos aquellos en que se presentan comorbilidades con otros problemas psicológicos o médicos (Lejuez et al., 2011).

Aplicaciones de BATD con otras poblaciones

Una de las fortalezas de BATD es que es muy flexible para su adaptación a una amplia gama de características de los consultantes, incluyendo la severidad de los síntomas, el nivel de funcionalidad, el nivel socioeconómico, condiciones comórbidas, edad, nivel intelectual, apoyo social y pertenencia cultural (Lejuez et al., 2011). El foco en áreas vitales, valores y actividades se mantiene pero los valores y actividades seleccionadas serán únicos para ese consultante o esa población particular.

Como una guía general, el procedimiento que llevamos a cabo con otras poblaciones clínicas consiste en armar a medida el cuestionario AVVA, manteniendo las cinco áreas vitales estándar pero incluyendo áreas nuevas especialmente diseñadas para esa población, o bien destacando un área -o un componente del área- para trabajar en profundidad de acuerdo a los requerimientos de la consulta, las áreas de conflicto y las áreas seleccionadas para desarrollar y cultivar.

A modo de ejemplo, las áreas y valores seleccionados para un consultante que es HIV positivo pueden ser muy diferentes a aquellas seleccionadas para un consultante con abuso de sustancias o las de un padre con 3 niños que ha quedado viudo. En el primer caso, el valor de cuidar la salud física puede ser fundamental y llevar a planificar actividades tales como tomar la medicación en horario y asistir a los controles médicos acordados. Para el segundo consultante, quizá el valor de la abstinencia sea importante y derive en actividades como reunirse con personas que no consumen o asistir a las reuniones de Narcóticos Anónimos. Para el tercer caso, quizá el área de relaciones familiares tome más relevancia y el valor de conectarse con otros familiares y amigos sea fundamental así como los valores en el área de paternidad y actividades consistentes, como compartir el momento de las comidas con sus hijos y estar presente por las noches a la hora de dormir; los acuerdos podrían ser una herramienta fundamental en este caso, para obtener el apoyo social perdido debido al fallecimiento de su esposa.

Utilizando BATD el terapeuta puede asistir al consultante en la construcción de una vida guiada por valores teniendo en cuenta sus recursos,

los medios disponibles y su contexto. De esta manera, cuando trabajamos con niños o pacientes de la tercera edad, debemos prestar atención a nivel de dependencia de otras personas y considerar incluir en el tratamiento a sus cuidadores determinando de qué manera van a incluirse y cómo van a colaborar. También deben hacerse modificaciones para aquellos consultantes con bajo nivel de alfabetización; las personas que tienen alguna dificultad de escritura y/o lectura pueden encontrar difícil completar los formularios. Para estos casos se ha diseñado un formulario modificado que no requiere saber leer ni escribir que está disponible en el anexo de este libro. Como hemos mencionado anteriormente, son importantes los esfuerzos orientados a la adaptación de BATD a distintos contextos culturales. En este sentido, se han adaptado y evaluado protocolos en poblaciones latinas con muy buenos resultados (Collado, Castillo, Maero, Lejuez & MacPherson, 2013).

Debido a la alta comorbilidad entre Depresión mayor y otros diagnósticos psiquiátricos, se han realizado varios estudios respecto al valor de este tratamiento para cuadros co-mórbidos. Se encontraron resultados promisorios con pacientes con trastorno límite e ideación suicida (Hopko et.al., 2003) y con trastornos de ansiedad co-mórbidos con depresión (Derek R Hopko, Robertson, & Lejuez, 2006). Otras investigaciones han evaluado la utilización de Activación Conductual con trastorno de estrés postraumático y depresión (Jakupcak, Roberts, Martell, Mulick & Michael, 2006; Mulick & Naugle, 2004; Wagner, Zatzick, Ghesquire & Jurkovich, 2007). Asimismo se ha aplicado el protocolo a poblaciones con comorbilidad con abuso de sustancias (Daughters et al., 2008) y más recientemente con tabaquismo (MacPherson, Tull, Matusiewicz, Rodman, Strong, Kahler & Lejuez, 2010). El protocolo "Lets ACT!", desarrollado por Daughters y colaboradores (op.cit.), para abuso de sustancias consiste en un protocolo de aplicación grupal de 8 sesiones en donde se incluyen algunos elementos nuevos al comienzo del tratamiento –sumados al protocolo BATD estándar- que incluyen la identificación del impulso de consumir y posibles maneras de romper el círculo con conductas orientadas por valores como la abstinencia; también se entrena a los participantes en relajación progresiva. Además, se ha desarrollado un protocolo de 12 sesiones para consultantes con depresión y obesidad,

que incluye BATD y asistencia médica y nutricional que mostró muy buenos resultados reduciendo los síntomas de depresión y el peso corporal (Pagoto et.al., 2008).

Aplicaciones de BATD en otros Formatos

Este tratamiento permite su aplicación en una variedad de formatos que en muchos casos han demostrado mantener una efectividad similar al formato estándar.

Ha habido varios desarrollos del modelo en formato grupal, lo cual implica una reducción de los costos para la salud pública y un aumento de la accesibilidad de los usuarios con los beneficios que ello conlleva. La adaptación al formato grupal requiere mínimos ajustes, como el aumento de la duración de las sesiones y el seguimiento particular de los casos.

Algunos investigadores han comenzado a examinar los resultados de la aplicación de formatos breves, como es el caso del testeo de un protocolo de sesión única en consultantes con depresión moderada (Gawrysiak, Nicholas & Hopko, 2009), la cual fue seguida de dos semanas de seguimiento de tareas de activación.

Se ha evaluado la aplicación de BATD vía telefónica y vía internet con buenos resultados y se han diseñado plataformas y aplicaciones web para la auto-administración del tratamiento (Van Voorhees et.al., 2009; Warmerdam et.al., 2008).

El diseño del tratamiento BATD y los procesos que incluye permite probar su aplicación en los más diversos formatos, lo cual presenta una ventaja importante considerando que algunas poblaciones responderán de mejor manera si el formato se adapta a sus circunstancias, cultura y posibilidades.

Palabras finales

Como mencionamos en el prefacio, la depresión es un problema serio. Creemos que BATD es un paso hacia terapias que no sólo sean eficaces, sino también adecuadas a los contextos y poblaciones que deben servir. Hemos hecho accesibles todos los materiales de trabajo, como también artículos y el calendario de entrenamiento en el sitio web www.batd.com.ar, desde donde también pueden contactar a los autores.

Gracias por recorrer este camino con nosotros.

A PÉNDICES

Apéndice A: Guiones

SESIÓN 1

Guion 1: ¿Qué es la depresión?

Vamos a comenzar intentando delimitar de qué se trata la depresión. Podemos definir la depresión como un periodo sostenido de tiempo durante el cual se experimenta un ánimo deprimido acompañado en ocasiones de una pérdida de interés o goce en actividades que se disfrutaban previamente, además de otros síntomas. Muchas personas experimentan al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida, y puede afectar personas de cualquier edad, cultura, ingreso, educación o estado civil.

La depresión puede producir dificultades significativas en el funcionamiento vital, presentándose muchas veces como un obstáculo para realizar actividades cotidianas como trabajar o cuidar de la familia. Puede aparecer acompañada de descenso de motivación u optimismo, baja autoestima, dificultades para prestar atención y concentrarse, conductas de auto-daño y también en ocasiones comportamientos e ideación suicida. Las personas que se sienten deprimidas a menudo se aíslan de otros o evitan sus actividades normales. Este aislamiento muchas veces trae problemas adicionales, tales como aumentar la sensación de soledad, problemas interpersonales, disminución de la satisfacción laboral o bien dificultad en la consecución de metas a largo plazo como concluir los estudios.

Los síntomas de depresión pueden variar, y para algunas personas son más intensos que para otras. Por esto es que vamos a intentar identificar qué sucede en su caso particular. Dentro del estudio de la depresión, el desarrollo de los síntomas depresivos ha sido relacionado a múltiples factores, incluyendo el comportamiento, el ambiente, factores cognitivos (creencias, pensamientos y sentimientos), biológicos y sociales. Estos factores pueden actuar independientemente o en conjunto, produciendo y manteniendo los síntomas depresivos.

Los síntomas de la depresión pueden incluir:

- *Sentirse triste o abatido la mayor parte del tiempo*
- *Pérdida del interés en actividades habituales*
- *Pérdida o aumento significativo del peso*
- *Disminución o incremento del apetito*
- *Dificultades para conciliar el sueño o dormir demasiado*
- *Sentimientos de agitación o irritabilidad*
- *Sentirse cansado o con pérdida de energía (fatiga)*
- *Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva*
- *Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones*
- *Llanto*
- *Sentirse desesperanzado*
- *Pensamientos o intentos suicidas*

Aunque la mayoría de los individuos experimentan alguno de estos síntomas en alguna ocasión, para diagnosticar depresión estos síntomas deben generar un malestar significativo, o bien interferir con el funcionamiento cotidiano.

Para muchas personas, el inicio de la depresión está claramente relacionado con eventos estresantes, incluyendo la pérdida de un ser querido, dificultades financieras o pérdida del empleo. Las personas pueden tener también una predisposición genética a la depresión. Las causas específicas de la depresión raramente pueden ser conocidas en su totalidad, y la depresión puede comenzar sin previo aviso. Sin importar

la causa inicial de la depresión, ésta resulta en un patrón específico de comportamientos que lleva a sentimientos de soledad, tristeza, aislamiento, falta de sentido, y desesperanza. La clave para resolver la depresión no está en identificar las causas de la depresión, ya que esto es prácticamente imposible, sino en identificar y modificar el patrón de comportamiento depresivo.

Guion 2: Descripción del Tratamiento BATD

Este tratamiento involucrará un abordaje llamado activación conductual. De acuerdo a este abordaje, la clave para una vida libre de depresión está en desarrollar patrones de comportamiento más saludables, apuntando a que cada día contenga actividades importantes y/o placenteras que generen un sentido de realización y propósito. Para lograrlo, vamos a seguir algunos pasos que involucran identificar las áreas de su vida en las que quiere enfocarse y sus valores en esas áreas, para luego elegir y planificar actividades diarias que lo ayuden a vivir de acuerdo a los valores que son importantes para usted. Esto es fundamental porque cuando usted realice actividades que estén estrechamente ligadas a lo que valora en la vida, es más probable que tenga experiencias positivas y placenteras, que mejorarán cómo se siente y piensa respecto a su vida. Es improbable que se sienta deprimido y desesperanzado si regularmente realiza actividades que considera valiosas y significativas, que le generan una sensación de placer y logro.

Este tratamiento se dirige a cambiar su comportamiento como un medio para mejorar sus pensamientos, sentimientos y calidad de vida en general. Muchas personas cuando se encuentran deprimidas a menudo se sienten cansadas y les falta la motivación para realizar varias actividades; piensan que una vez que tengan más energía y piensen más positivamente, serán capaces de realizar las actividades que han ignorado o han sido incapaces de llevar a cabo en el pasado. En este tratamiento tomaremos el camino inverso: en primer lugar se cambia el comportamiento, para incrementar la energía y motivación, así como el pensamiento y sentimientos positivos. El foco en el cambio de comportamiento, sin embargo, no significa que ignoremos los pensamientos

y sentimientos. En lugar de esto, sugerimos que los pensamientos y sentimientos negativos cambiarán sólo luego de que cambie su comportamiento y tenga experiencias vitales más positivas.

Puede ocurrir que usted esté realizando muchas actividades en su vida y aun así esté deprimido. Esto puede suceder debido a que quizá esas actividades son insatisfactorias, obligatorias y/o limitan su habilidad de vivir de acuerdo a sus valores. Por ejemplo, aunque usted puede estar ocupado en el trabajo o en su casa, estas actividades pueden estar enfocadas sólo en ayudar a otros. Aunque ciertamente es importante ayudar a otros, nunca es una buena idea enfocarse tanto en otros al punto que sus propias necesidades sean completamente ignoradas. Este foco exclusivo en las necesidades de otros puede resultar en sentimientos de vacío e insatisfacción, seguido por confusión y culpa por tener tales sentimientos. De esta manera, no sólo es importante tener muchas actividades en su vida, sino tener específicamente actividades que le brinden algún grado de placer y realización.

¿Y qué podemos decir respecto a los eventos estresantes y pérdidas en su vida? A menudo las personas que han experimentado eventos vitales estresantes y pérdidas terminan teniendo sentimientos duraderos de depresión. Luego de que algo muy malo ha sucedido o se ha perdido un ser querido, la vida puede sentirse vacía o sin sentido, como si hubiera muy poco por que vivir, como si toda la felicidad y el apoyo que una vez tuvo se hubiesen ido para siempre. Los pensamientos y pesadillas acerca del evento negativo o acerca del ser querido que ha fallecido pueden regresar una y otra vez. En este tratamiento, es muy importante que podamos entender qué le sucedió a usted, cómo se sintió al respecto, y sobre todo, cómo afecta su vida hoy.

En cada sesión pasaremos algún tiempo hablando acerca de eventos en su vida que lo han llevado a la depresión. Sin embargo, este tratamiento requiere más que sólo hablar respecto de lo que sucedió. Además, dedicaremos algún tiempo a intentar estrategias que lo ayuden a vivir una vida más significativa y satisfactoria. No podemos cambiar los eventos del pasado, pero podemos planificar un futuro mejor a través de lo que hacemos hoy. Puede volverse difícil no pensar acerca de

lo que sucedió o sentirse mal respecto. Y lo que resulta importante es entender cómo esas experiencias impactan su comportamiento actual. Frecuentemente, luego de una pérdida o evento estresante las personas cambian la forma en la que utilizan su tiempo, y esto puede contribuir a patrones de comportamiento depresivos. Por ejemplo, pueden encontrar difícil dormir por las noches, y pasar mucho tiempo durmiendo durante el día. Si algo de esto le sucede y duerme durante el día, quizá no pueda realizar actividades importantes o le faltará la energía para socializar con familiares y amigos. Este tratamiento lo ayudará a identificar actividades que pueden empeorar su depresión, y puede ayudarlo a modificar esas actividades de modo que se sienta deprimido menos frecuentemente. Luego de una pérdida o evento estresante, puede llevar algún tiempo y esfuerzo determinar cómo quiere seguir su vida, y este tratamiento está diseñado a ayudarlo en ello. El objetivo es ayudarlo a lograr la mejor vida posible para usted. Esto puede ser un trabajo duro, pero si confía en el proceso encontrará que de su esfuerzo surgirán cosas buenas. Trabajaremos a un ritmo que sea confortable para usted. ¿Está dispuesto a que trabajemos en esto juntos?

Guion 3: Introducción del monitoreo diario

Dado que el foco principal de este tratamiento es incrementar su comportamiento saludable, es importante obtener una evaluación precisa de sus actividades diarias actuales. Aunque probablemente usted tenga un sentido general de cómo pasa su tiempo, realmente necesitamos información precisa respecto a lo que hace cada día. Para ese fin, es importante que durante la siguiente semana anote las actividades que realiza durante el día y la noche. Esto es útil por varias razones. En primer lugar, nos ayudará a identificar los patrones de sus comportamientos y ánimo depresivo. Cada persona es diferente, por lo que es importante para ambos ver cómo la depresión está afectando sus actividades diarias. Ser consciente de esos patrones puede motivarlo a incrementar su nivel de actividades saludables. Segundo, nos proveerá de una medida de su nivel actual de actividad, que podremos más adelante comparar con su nivel de actividad posterior en el tratamiento, luego de que ponga en práctica

las estrategias de tratamiento. Finalmente, un examen más cercano de su rutina diaria puede llevarlo a desarrollar algunas ideas respecto a cuándo podría añadir algunas actividades saludables a cada día. Para monitorear sus actividades actuales, la propuesta es que usted escriba (hora por hora) todas las actividades que realiza, incluyendo aquellas que parecen insignificantes, tales como dormir o ver televisión. Para esto utilizaremos el Formulario Diario de Monitoreo y vamos a usar uno para cada día. Por ahora, sólo haga las cosas como normalmente las haría, no es necesario cambiar nada ni quitar ni agregar actividades nuevas. La tarea es anotar sus actividades, tratando de ser tan preciso como pueda e intentando registrar aquello que está haciendo en lugar de aquello que está pensando o sintiendo.

Puntuaciones de Disfrute e Importancia: Una vez que haya registrado la actividad, se le pide que estime el grado de disfrute e importancia que experimentó con dicha actividad. Para la puntuación de Disfrute, piense en cuanto ha disfrutado realizar esa actividad. En otras palabras, piense en cuán divertido o placentero le resultó realizarla. Vamos a utilizar una escala de 1 a 10 para calificar Disfrute. Un puntaje de 1 será para actividades que usted no disfrutó en absoluto. Un puntaje de 10 será para actividades que disfrutó mucho. Por ejemplo, ir a un picnic quizá sea considerado una actividad muy placentera y se le asigna un puntaje de 10, mientras que lavar los platos puede ser considerado nada divertido y se le asigna un puntaje de 1. Para la puntuación de Importancia, piense en qué tan importante siente en su corazón tener esta actividad en su vida. Califique cada actividad de 1 a 10, en la cual 1 significa que la actividad no tiene importancia en absoluto y 10 significa que la actividad tiene mucha importancia en su vida. Por ejemplo, ir a trabajar probablemente sea una actividad muy importante en su vida porque es su fuente de ingresos para sostener a su familia, quizá quiera darle a su trabajo una importancia de 10. Por otro lado, ver televisión es probablemente una actividad menos importante en su vida, y quizá quiera darle un puntaje bajo, por ejemplo 2.

Considere que algunas actividades pueden ser muy importantes pero no muy placenteras, y otras actividades pueden ser muy placenteras

pero no muy importantes. Por ejemplo, lavar la ropa puede tener una alta importancia pero no ser muy placentera, mientras que mirar su programa favorito de TV puede ser una actividad muy placentera pero no muy importante. A su vez, algunas actividades pueden calificar altamente tanto en disfrute como en importancia, y otras obtener una calificación baja en ambas categorías. Por ejemplo, cenar con la familia quizá sea calificado como 9 en disfrute e importancia, ya que es a la vez placentero e importante. Por otro lado, quedarse en la cama en la tarde quizá sea calificado 1 en disfrute e importancia ya que no es importante en su vida ni placentero. Además de las puntuaciones de disfrute e importancia para cada actividad, se le pide que estime su ánimo general de ese día, al final del formulario. El puntaje debe estar entre 1, para el humor más negativo, y 10 para el humor más positivo. No tiene que calificar su humor a cada hora del día, sólo una calificación general de su humor durante ese día.

¿Cuándo completar el Formulario Diario de Monitoreo? *Es importante que encontremos un buen método para usted, que le sirva para asegurarse de poder llenar el formulario. En este sentido, puede elegir registrar sus actividades a medida que transcurre su día o quizá prefiera esperar hasta el final del día y hacerlo todo de una vez. Puede hacer como prefiera. Sin embargo, es mejor registrar sus actividades en el día que ocurren, en lugar de hacerlo varios días después. Por ejemplo, el miércoles puede ser difícil recordar las actividades que realizó el lunes. Debido a que este formulario nos aportará información de vital importancia, pasaremos mucho tiempo revisándolo en cada sesión, de modo que es muy importante que usted pueda completarlo y traer los formularios completos de cada día a sesión.*

SESIÓN 2

Guion 4: revisando el monitoreo diario

Comenzaremos la sesión de hoy revisando su Formulario diario de monitoreo (Formulario 1), de la semana pasada. Nos vamos a focalizar en los tipos de actividades que está realizando y si son placenteras, importantes, ambas cosas o ninguna. Y también vamos a observar su nivel de actividad actual.

*En las próximas sesiones, nos enfocaremos en planificar e intentar hacer cambios en sus actividades diarias, **pero ahora mismo no intente cambiar nada**. En vez de esto, sólo preste atención a cómo es su vida cada día, qué está haciendo, y en qué medida estas actividades lo están llevando a sentirse mejor o peor.*

*En caso de que no haya traído el formulario completo, vamos a intentar resolver las **dificultades** que pueden haber ocurrido. Puede haber encontrado difícil completar el Formulario de Monitoreo Diario. Si no ha podido completarlo durante la semana pasada, es importante, en primer lugar, entender el por qué. Una razón que puede hacer difícil completar el monitoreo es que quizá usted sienta que ya tiene una buena idea de cómo dispone su tiempo y que no sería útil escribir las actividades. Probablemente recuerde muchas cosas que ha hecho la*

semana pasada, pero sin embargo puede haber algunas actividades que haya olvidado. Tener sus actividades diarias registradas en papel cada día puede ser útil para usted y para mí, para identificar esos patrones depresivos de los que hablamos la sesión anterior. Muchas personas se sorprenden al notar patrones en los formularios y comienzan a obtener una comprensión real de cómo ciertos patrones llevan a sentimientos más depresivos mientras que otros llevan a sentimientos más positivos. Tener estos formularios para la sesión nos permite trabajar más eficientemente, permitiéndonos tener una idea clara de cómo exactamente está disponiendo de su tiempo, momento a momento, sin que usted tenga que recordar toda esa información en la sesión.

Una segunda razón que puede dificultar completar el monitoreo es que puede sentir que es una tarea abrumadora. Escribir todas sus actividades del día puede sentirse abrumador, pero al final es probable que encuentre que el conocimiento y los descubrimientos ganados bien valen el esfuerzo. Una manera de reducir la carga es mantener sus registros tan breves como sea posible (por ejemplo, “almuerzo”, “llevé los chicos al colegio”, “preparé cena”). Otra manera de reducir la carga es completar el formulario al final del día. Finalmente, si encuentra extremadamente difícil completar todos los formularios, puede considerar realizar inicialmente los formularios 2 o 3 días por semana (asegurándose de incluir días de semana y de fin de semana), y luego gradualmente incrementar el número de días por semana en que completa los formularios. Es probable que encuentre que una vez que se habitúa a completar los formularios parezcan menos exigentes.

Si no ha podido completar ningún Formulario de monitoreo diario durante la semana pasada, no es recomendable que intente recordar la semana entera antes de la sesión o durante la sesión. Recordar con el nivel necesario de detalle sería muy difícil y con tanta información faltante se dificultaría detectar cualquier patrón consistente de comportamiento. En su lugar, le pediré que complete un formulario ahora mismo, en sesión, correspondiente al día anterior o a los dos días anteriores. Probablemente podrá recordar la mayor parte de sus actividades de hace dos días hasta hoy. Aunque son sólo dos días de actividades,

es un punto de inicio para que usted y yo podamos buscar patrones de conducta. Es importante recordar que completar los formularios para cada día de la semana próxima incrementará las chances de avanzar con la terapia.

Guion 5: introducción del formulario AVVA

Un paso importante en este tratamiento involucra pensar acerca de las áreas más importantes de su vida. Vamos a utilizar cinco grandes áreas sobre las que comenzar a trabajar:

- 1. Relaciones: Esta área vital se refiere a la parte de su vida que involucra familia, amigos y/o su pareja sentimental (por ejemplo, su esposa, novio, novia).*
- 2. Educación/carrera: ésta área vital se refiere al tiempo que dedica a su educación y a su trabajo. Esto puede incluir educación formal, como asistir a la universidad o a talleres y seminarios sobre temas particulares, pero también incluye la educación informal, como leer libros sobre un tema particular. También incluye su trabajo y/o empleo actual o encontrar un nuevo empleo.*
- 3. Recreación/intereses: Esta área vital se refiere al manejo del tiempo libre, cuando puede divertirse y/o relajarse. También incluye hacer cosas por otros, tales como trabajo voluntario.*
- 4. Cuerpo/mente/espiritualidad: esta área vital se refiere a la salud física y mental, así como también a la religión y/o espiritualidad.*
- 5. Responsabilidades diarias: Esta área vital se refiere a sus obligaciones, hacia otros y hacia usted mismo.*

*Una vez que haya considerado estas áreas vitales, pasaremos a identificar sus **valores** en cada de estas áreas. Un valor es un ideal, cualidad, o fuerte creencia en cierto modo de vida. En otras palabras, ¿qué es importante para usted acerca de cada una de aquellas áreas vitales? ¿Qué quisiera lograr en cada área vital? ¿Cuáles son las cualidades de esa área vital que son importantes para usted? Un valor es algo que es importante para usted, en su corazón, acerca de esa área vital. Asegúrese que los valores que identifica sean muy personales para*

usted, y no necesariamente los valores de otras personas en su vida o de la sociedad en general.

*Una meta principal de esta sesión es identificar valores clave de cada área vital y encontrar **actividades** que se relacionen con esos valores. Las áreas vitales son las partes importantes de su vida, los valores son cómo quiere vivir su vida en cada una de esas áreas, y las actividades son las acciones que usted puede llevar a cabo para vivir de acuerdo a esos valores. Volverse más conciente de sus valores y usarlos como guía para seleccionar sus actividades es muy importante para este tratamiento. Sin las actividades que lo ayuden a vivir de acuerdo a sus valores, los valores son sólo palabras e ideas, no una realidad. Lo que haremos a continuación es revisar los ejemplos de áreas vitales, valores y actividades del Apéndice 1, para tener una guía en la realización de la tarea.*

El Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades le permite convertir en realidad sus valores respecto de áreas claves de su vida. Para cada área vital, tiene espacio para valores y actividades (puede agregar hojas extras en blanco para añadir valores y actividades adicionales). Cada actividad debe ser algo que pueda hacer para vivir consistentemente con el valor que ha identificado. Por ejemplo, si “ser un buen esposo/esposa” es algo que usted valora, liste algunas actividades que usted considera consistentes con ser un buen esposo/esposa. Actividades posibles podrían incluir planear una cita con su esposo/esposa una vez por semana, o ayudar a su esposo/esposa con una labor doméstica que no le gusta. Al seleccionar actividades es importante recordar que la actividad debe tener dos características específicas: deben ser observables por otros y mensurables. En este sentido, “sentirse mejor” no es una actividad apropiada ya que no es directamente observable ni puede medirse con precisión, pero “cenar con mi madre dos veces por semana” sería una actividad que cumple con los requerimientos. Esta última actividad puede ser observable y mensurable en el sentido de que puede encontrarse con su madre dos veces por semana. La actividad también debe ser descompuesta en su parte más pequeña. Por ejemplo, si una actividad es pasear en bicicleta, considere que un número de

pasos intermedios son requeridos antes de que pueda hacer esto. Tales pasos pueden incluir sacar la bicicleta del depósito, comprobar el aire en las ruedas, encontrar un inflador, inflar las ruedas, etc. De modo que el primer paso en la actividad de pasear en bicicleta puede incluir solamente revisar que la bicicleta esté en buen estado, y sólo en semanas posteriores incluir el paseo en bicicleta en sí. Las actividades son mucho más fáciles de cumplir si se descomponen en las partes más pequeñas posibles. Por lo tanto, si estas tres condiciones (observable, mensurable, la parte más pequeña posible) se cumplen, ha identificado una actividad aceptable, es decir una actividad que nos permitirá avanzar.

A veces puede ser tentador seleccionar actividades muy difíciles para las cuales los beneficios son muy posteriores o inciertos. Por ejemplo, obtener un título universitario es una meta a largo plazo, no una actividad diaria. Para solucionar este problema potencial sin limitar sus deseos, seleccione actividades dentro de un rango de dificultad, y que sólo algunas sean pasos más pequeños hacia proyectos más difíciles a largo plazo.

Para mejorar las chances de éxito y para ayudarlo en la transición hacia el programa, algunas de las actividades que elija deberán ser actividades que ya esté realizando regularmente pero de las cuales querría incrementar la frecuencia o duración (vea su Formulario de Monitoreo Diario como guía). Ahora completaremos juntos este formulario y usted podrá continuar completándolo y editándolo como tarea.

SESIÓN 3

Guion 6: Monitoreo diario (revisión de la tarea)

*Comenzaremos esta sesión al igual que la anterior revisando su Formulario de Monitoreo Diario. La propuesta es que intentemos notar si aparece algo nuevo que no hayamos notado antes respecto a los tipos de actividades que está realizando y si son placenteras, importantes, ambas o ninguna. Algunas personas se alejan de actividades importantes para ellas y terminan pasando largos intervalos de tiempo durante el día en actividades que no son placenteras ni importantes. Por otra parte, algunas personas con depresión tienen numerosas actividades importantes en su semana, pero pocas son placenteras. Intentaremos notar si algo de esto le está sucediendo. Las preguntas que trataremos de responder son ¿Cómo describiría sus actividades? ¿Son variadas? ¿Qué tan a menudo realiza actividades placenteras e importantes? ¿Cómo se siente cuando las realiza? ¿Mejoran o empeoran su ánimo? Si bien ya hemos empezado a identificar valores y actividades en varias áreas de su vida, **por ahora no intentaremos cambiar nada**. En su lugar, sólo prestaremos atención a si las actividades que está realizando lo están llevando a sentirse mejor o peor.*

Guion 7: Inventario AVVA (revisión de la tarea)

En la última sesión nos hemos dedicado a explorar áreas vitales, valores y actividades. Podemos revisar juntos algunos ejemplos que podrían ser de ayuda para continuar editando en inventario. Por ejemplo, el área vital de "Educación/Carrera", puede incluir el valor de "obtener una formación universitaria", y algunas acciones específicas podrían ser: elegir una Universidad, hablar con un orientador vocacional, inscribirse a clases, etc. Dentro del área vital de "Relaciones Familiares", un valor podría ser "desarrollar una relación más cercana con un miembro de la familia", lo cual puede incluir acciones específicas tales como cenar juntos cada sábado, hablar por teléfono dos veces por semana, u ofrecer alguna ayuda (por ejemplo, cuidar a sus hijos). Aunque completar actividades dirigidas sólo a un área vital específica y un valor puede ser tentador, es importante seleccionar actividades en un rango amplio de áreas vitales, ya que la depresión raramente es el resultado de un solo aspecto de su vida. Por ejemplo, alguien con depresión puede pensar que si tan solo pudiera obtener cierto trabajo ya no estaría deprimido. Como resultado, toda su energía irá hacia actividades que tengan que ver con obtener ese trabajo. En esta situación, ciertamente sería útil trabajar en actividades relacionadas al empleo, pero igual de importante es trabajar en actividades ligadas a otras áreas vitales. Vivir una vida plena no se limita a obtener un determinado empleo, alcanzar cierto peso corporal, estar con una persona y no con otra, o tener una cantidad específica de dinero. Estrechar el foco en un solo aspecto de su vida, limita las oportunidades de tener experiencias positivas y sentirse realizado en otras áreas. En última instancia, esto podría empeorar su depresión, especialmente si las metas que tiene en mente requieren un largo periodo de tiempo o son extremadamente difíciles de obtener. De esta manera, vamos a asegurarnos de que usted tenga valores y actividades variadas en su inventario. A lo largo del tratamiento será útil que usted continúe pensando en valores en cada área vital y generando nuevas actividades acordes a esos valores.

Guion 8: Selección y Jerarquía de Actividades

A esta altura, ya hemos identificado muchas actividades para cada uno de los valores en sus áreas vitales. Hoy, elegiremos 15 actividades para utilizar como punto de partida. Al seleccionar una actividad, agréguela a la columna izquierda del Formulario 3 (Selección y Jerarquía de Actividades). Recuerde que las actividades deben ser observables, medibles, en sus partes más pequeñas, y directamente relevantes a los valores que enumeró en el Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades (Formulario 2). En la medida en que sus actividades diarias estén ligadas a sus valores, es más probable que experimente que las actividades son placenteras y significativas, y que está viviendo la vida que usted desea vivir. Esto es extremadamente importante, porque no hay razón para agobiarse con actividades que no lo hacen sentir que está viviendo una vida más rica y significativa. Una vez que tenga sus 15 actividades enumeradas en el Formulario 3, califíquelas de 1 (lo más fácil de lograr), a 15 (lo más difícil de lograr), en la columna derecha del Formulario 3. Una manera de hacer esto es identificar en primer lugar la más sencilla y asignarle un 1, y luego identificar la más difícil y asignarle un 15. Desde allí, intente completar el resto. En la planificación de actividades, usted comenzará con las actividades más sencillas y gradualmente abordaremos las más difíciles. De todos modos, no se preocupe esta semana en comenzar ninguna de estas actividades. Usaremos la siguiente sesión para revisar nuevamente su lista y recién ahí comenzar con la planificación.

SESIÓN 4

Guion 9: Monitoreo diario con planificación de actividades

Una vez que haya identificado las 15 actividades, necesitará un plan de cómo incluirá estas actividades en su programa diario y cómo va a monitorear su progreso. Usaremos su Formulario de Monitoreo Diario para ayudarlo a planificar sus nuevas actividades. Su opinión será crítica en la decisión de cuántas actividades seleccionar y es importante que sienta que las actividades seleccionadas representan un desafío pero sin verse sobrepasado. El acercamiento más simple generalmente es empezar con 1-3 de las actividades más fáciles. Empezaremos ahora identificando actividades para la semana próxima y ubicándolas en los Formularios de Monitoreo Diario en blanco, para cada día a la hora en que usted planea hacerlas. Por ejemplo, si su actividad es "jugar con mi hija" usted podría ingresar esa actividad (Formulario 1) a las 11 hs. del lunes, a las 10hs. del miércoles y a las 9 hs. del jueves.

Es importante que usted considere si se siente listo para realizar esa actividad en particular y los obstáculos que podría encontrar. Si no está listo, usted podría esperar otra semana para hacerlo. Si hay obstáculos para hacer la actividad, deberíamos discutir pasos que podría dar para superar esos obstáculos primero. ¿Recuerda que en sesiones anteriores discutimos descomponer las actividades a sus piezas más pequeñas po-

sibles? Cuando se encuentre en dificultades con una actividad puede ser útil considerar si usted realmente ha descompuesto la actividad lo suficiente. Por ejemplo, si su actividad es ir al gimnasio dos veces por semana, primero podría comprar ropa, averiguar gimnasios, encontrar un compañero con quien ir al gimnasio o arreglar el transporte. En ese caso, "ir al gimnasio" puede no ser la pieza más pequeña de esa actividad. Debería agregar cualquier actividad adicional para superar esos obstáculos en el Formulario 2 (Inventario de Áreas Vitales, Valores, y Actividades). Un aspecto clave de este tratamiento es planificar el día y la hora específicos en los que usted realizará la actividad. Esto requerirá que usted piense de manera realista dónde puede ubicar la actividad en su agenda. Haciendo esto, es más probable que pueda cumplir con la actividad.

Durante la semana próxima, usted completará el Formulario de Monitoreo Diario exactamente como lo ha estado haciendo cada día. Sin embargo, le voy a pedir haga un círculo en cada actividad planeada en su Formulario si la completó. Asegúrese de asignarle también un puntaje de disfrute e importancia en ese momento. Esto es importante porque nos va a permitir saber si usted experimentó la actividad como más o menos placentera o importante de lo que originalmente pensó. Si no completó la actividad a la hora programada, táchela con una línea (pero no la borre) y escriba la actividad que realizó en esa hora. Si es posible, trate de re-planificar la actividad perdida para otro momento en esa semana (o incluso para ese mismo día) y recuerde marcarla con un círculo si la completa. Como siempre, la próxima semana vamos a revisar su Formulario de Monitoreo Diario, pero esta vez miraremos las actividades planificadas marcadas con un círculo, qué tan placenteras e importantes fueron, y si usted encontró algún problema intentando cumplirlas. Podemos trabajar juntos para resolver los desafíos que surjan.

Cuando comience a completar sus actividades, se empezará a mover hacia los valores que ha establecido para usted mismo en áreas vitales importantes y estará viviendo una vida más plena y sintiéndose menos deprimido. La clave es concentrarse enteramente en completar las actividades diarias que se derivan directamente de sus valores. Muchos

valores -por ejemplo, "ser un buen padre"- requieren un esfuerzo que nunca termina, porque son considerados aspectos de un proceso más que metas que se pueden alcanzar. Por esta razón, consideramos a los valores como una guía a lo largo del proceso, proporcionando información sobre cómo queremos vivir nuestra vida y ayudándonos a elegir qué actividades son los vehículos que nos ayudan a movernos en la dirección de las cosas que nos importan.

SESIÓN 5

Guion 10: Monitoreo Diario con Planificación de Actividades (revisión de la tarea)

Vamos a comenzar revisando sus formularios de Monitoreo diario con Planificación de Actividades de la semana y vamos a tener en cuenta las siguientes preguntas: ¿Cuántas de las actividades planificadas llevó a cabo? Respecto a aquellas que realizó, ¿qué tan fáciles o difíciles fueron? ¿Qué tan placenteras e importantes las encontró? ¿Cómo se sintió respecto de haber cumplido con esas actividades? ¿Le gustaría continuar con esas actividades o preferiría seleccionar otras diferentes para la próxima semana? ¿Está encontrando que se siente mejor cuando está más activo/a? Si es así, es un buen avance.

¿Hubo actividades que usted planificó que no cumplió? Si fue así, ¿qué pasó? ¿Fue porque usted realmente no encontró la actividad placentera y/o importante? Si esto es así, entonces una opción es seleccionar una actividad diferente. Si es una actividad que usted quiere seguir intentando realizar, entonces hay otras cuestiones que considerar. ¿Fue la actividad más difícil de cumplir que lo que originalmente había esperado? Si es así, podemos discutir el descomponerla en pasos más pequeños, tal como habíamos hablado previamente. Alternativamente, pudo haber sentido que se quedó sin tiempo y no pudo completar esta

actividad. Deberíamos revisar sus formularios de monitoreo y pensar mejores maneras de introducir nuevas actividades en su agenda. También es importante considerar estrategias para reducir el tiempo dedicado a actividades actuales menos valiosas, para hacer más tiempo para esas actividades nuevas y más valiosas. Esto puede incluir la difícil tarea de poner límites más estrictos alrededor de sus tiempos. En este caso, podemos discutir cómo planificar algunas actividades que ayuden a establecer esos límites y ganar algún tiempo para usted. Aunque estos tipos de cambios en su rutina diaria pueden ser difíciles, la planificación y monitoreo en este tratamiento puede ayudar a que usted realice más actividades placenteras e importantes.

Guion 11: Acuerdos

Sus posibilidades de superar la depresión aumentan mucho cuando usted tiene el apoyo de otros para sus actividades saludables. La familia y/o los amigos pueden ser un gran apoyo en nuestras vidas, pero a veces las personas que quieren ayudar no saben cómo hacerlo o bien tienden a hacer cosas que ellos creen que ayudan pero que en realidad no lo hacen. Puede ocurrir que sus amigos o familiares se hagan cargo de algunas de sus responsabilidades porque ven que usted está pasando por un mal momento, o bien quizá lo estén empujando a hacer cosas que usted no está preparado para hacer. En ambos casos, la persona quiere ayudar, pero está haciendo cosas que no son útiles.

Los acuerdos lo ayudarán a pedir apoyo y ayuda a otras personas para sus actividades saludables de la manera en que usted lo necesita. Para obtener la ayuda que necesita, vamos a empezar con el Formulario 4 (Acuerdos) identificando actividades del Formulario 3 en las que usted podría beneficiarse de ayuda para llevarlas a cabo. Una vez hecho eso, identificaremos 3 personas que podrían ayudarlo y las maneras específicas en que podrían ayudar. Por ejemplo, puede descubrir que ir a hacer las compras del supermercado una vez por semana es difícil porque usted no tiene auto. En este caso, usted podría hacer la lista de la compra y pensar en alguna persona que fuera capaz de llevarlo al supermercado. Además, podría encontrar las compras del supermercado

aburridas. En este caso, podría agregar a otras personas que pudieran ir a hacer las compras con usted para hacerlo más placentero. En este caso usted debería contar con al menos los nombres de dos personas que pudieran llevarlo y una tercera que pudiera ir a hacer las compras con usted. Una vez identificada la actividad, identificada una o más personas que puedan ayudar, y con la descripción exacta de cómo cada persona podría ayudar, el próximo paso es decirle a cada persona lo que está tratando de cumplir y exactamente cómo ellos pueden ayudar. Involucrar a otros en sus actividades hace la actividad no sólo más probable de ser realizada sino también, probablemente, más placentera. Involucrar a otros puede también fortalecer sus relaciones. Todas estas cosas tendrán un impacto positivo en la forma en que se siente todos los días. Usted puede mostrar a la persona de soporte el acuerdo mismo o simplemente tener una charla con ella sobre la manera específica en que puede ayudar con una actividad.

Al utilizar acuerdos, es importante notar que la intención no es volverse dependiente de aquellos que tiene alrededor. Utilizamos los acuerdos para aumentar su habilidad para hacer cosas que son placenteras e importantes para usted, pero no debería depender enteramente de otros para esto. A medida que desarrollemos Acuerdos vamos a considerar cómo asegurarnos de ganar el apoyo de otros sin volvernos dependiente de ellos.

SESIÓN 6

Guion 12: Revisión de Acuerdos

Vamos a revisar la elaboración de acuerdos. ¿Fue capaz de realizar por lo menos un Acuerdo? Si no, podría ser útil discutir los desafíos que encontró ¿Qué lo hizo difícil? Si le está resultando difícil identificar gente que lo ayude, podríamos discutir la planificación de algunas actividades que le ayuden a construir una red de amigos más contenedora. Por ejemplo ¿hay gente en su lugar de trabajo, vecindario o comunidad que sean de su edad y que hayan tenido experiencias similares a las suyas? Quizás haya algunas maneras de llegar a conocer mejor a estas personas. Otra idea sería identificar lugares a los que usted pueda ir donde encontrará personas similares a usted. Podemos planificar actividades relacionadas con visitar estos lugares. Si usted fue capaz de completar un Acuerdo, ¿cómo resultó? ¿Cuán importante y/o agradable terminó siendo la actividad?

Usted podría descubrir que algunas actividades son más agradables cuando son logradas con la ayuda de una persona colaboradora. Esto podría ser particularmente crucial para la planificación de actividades que son importantes aunque no muy agradables para usted. Por otra parte, podemos considerar usar Acuerdos para programar una actividad agradable con un amigo, a realizarse inmediatamente después de una

actividad poco agradable que necesita llevar a cabo, casi como una recompensa por atravesar la primera actividad. Finalmente, recuerde que usted es el responsable por sus actividades, aun si una persona colaboradora no lo acompaña según lo acordado. Y entonces quizá sea necesario acordar con alguien más y entonces reprogramar la actividad o reorganizar la actividad para otra ocasión a solas. Si todavía está teniendo problemas con alguna parte de los acuerdos, podemos dedicar algún tiempo en esta sesión para una revisión del formulario de Acuerdos.

SESIÓN 7

Guion 13: Inventario AVVA: revisión del concepto y edición

Hoy revisaremos el concepto de valores para asegurar que las actividades que usted está realizando todavía sean consistentes con los valores que usted mencionó al principio del tratamiento. Recuerde, un paso importante en el abordaje de este tratamiento involucra determinar las actividades que a usted le gustaría agregar en su vida. Aunque volverse más activo en la vida es importante, necesitamos asegurarnos de que las actividades que usted seleccione son aquellas más agradables y/o importantes para usted y que lo hacen sentir que está viviendo la vida que usted desea vivir. Una manera de ayudar a identificar actividades que son importantes para usted es pensar acerca de lo que usted valora en la vida. Revisemos cada una de las áreas vitales y los valores que usted tiene en dichas áreas. Recuerde, un valor es algo que es importante para usted, en su corazón, respecto a esa área vital. Revise sus valores en cuanto a: Relaciones, Educación/Carrera Recreación/Intereses, Mente/Cuerpo/ Espiritualidad, y Responsabilidades Diarias. Piense qué tanto las actividades que usted ha identificado en las últimas semanas se ajustan a sus valores ¿Hay nuevos valores que le han venido a la mente? ¿Es cada una de las actividades consistente con los valores que usted mencionó?

SESIÓN 8

Guion 14: Selección y jerarquía de actividades: revisión de concepto y edición

A lo largo del tratamiento, usted puede haber añadido, quitado o cambiado actividades en su Formulario de Selección y Jerarquía de Actividades (Formulario 3). Podemos tomarnos algún tiempo para revisar cómo le va respecto a seleccionar actividades para añadir -o actividades para quitar o cambiar- en el Formulario 3. En general, si cree que llevar a cabo una actividad en particular le daría una sensación de goce o realización, entonces probablemente sería bueno incluirla. También es importante determinar a qué área vital y valor está asociada. Este es un buen recordatorio para visitar las actividades en su lista y pensar respecto a sus valores vitales relevantes. Además, al seleccionar actividades es importante recordar que deben ser observables por otros, medibles, y descompuestas en sus partes más pequeñas. Por ejemplo, “ser una mejor hija” no es una actividad que cumpla con esos requisitos, pero “ofrecer ayuda a mamá para preparar la cena dos veces por semana” sí lo es. Recuerde que cuando se trate de metas a largo plazo, por ejemplo, tener una casa propia, vamos a descomponer las actividades en pasos pequeños y seleccionar actividades a lo largo de un rango de dificultad, desde actividades sencillas que ya está realizando

actualmente, hasta actividades extremadamente difíciles que requerirán un mayor esfuerzo.

En este punto, a menudo nuevas actividades vienen a la mente. Siéntase libre de cambiar el Formulario 3 como quiera, agregando nuevas actividades, cambiándolas, descomponiéndolas en pasos más pequeños si es necesario, o quitando algunas que ya no quiere incluir. Superar la depresión es un proceso, y a medida que se va sintiendo mejor, sus planes personales pueden cambiar. Puede encontrar más fácil ser más activo y fijarse como metas actividades cada vez más difíciles. Por otro lado, usted puede sentir que su plan original era demasiado difícil y buscar algunas ideas sobre cómo reducir la dificultad de sus actividades. No se sienta atascado con su plan original, porque siempre está abierto al cambio. Lo importante es que usted está incrementando sus niveles de actividades y a medida que hace esto, su depresión disminuye. Es imposible vivir una vida activa, plena y placentera y a la vez estar deprimido. La idea es incrementar la cantidad de tiempo que dedica en actividades saludables, activas, satisfactorias y placenteras, para que su vida gire en torno a eso en lugar de girar en torno a la depresión.

SESIÓN 9

Guion 15: Acuerdos: revisión de concepto y edición

En la sesión 5 comenzamos a usar los Acuerdos para ayudarlo a completar algunas de sus actividades. Sería de ayuda tomarse algún tiempo para revisar cuan útiles han sido estos Acuerdos. A esta altura ¿ha utilizado usted algún acuerdo para obtener ayuda y completar una actividad? Recuerde, tener gente colaboradora para ayudarlo a completar actividades saludables no solo hará las actividades más sencillas de realizar, sino también servirá para fortalecer su red de apoyo. Como discutimos previamente, a veces a las personas cercanas les gustaría ayudar, pero no saben cómo o bien tienden a hacer cosas por nosotros que creen son de ayuda pero de hecho no lo son. Los Acuerdos lo ayudarán a solicitar la ayuda específica que usted necesita. Nuevamente, no es importante que usted le muestre a la persona el Acuerdo escrito sino simplemente tener una conversación con esa persona acerca de las formas específicas en que lo puede ayudar. Si aún no ha probado algún Acuerdo, ahora podría ser un buen momento para revisar el material de la sesión 5 e intentar hacerlo.

SESIÓN 10

Guion 16: Terminando el tratamiento

Hemos hecho un buen trabajo juntos durante el tratamiento y es mucho lo que usted ha logrado en estas semanas. Si miramos su Monitoreo Diario de la primera semana de tratamiento, y lo comparamos con su Monitoreo Diario con Planificación de Actividades de la última semana de tratamiento ¿qué es lo que usted observa? Es importante identificar sus patrones de comportamiento ahora pero también los del principio del tratamiento, lo cual le ayudará a saber a qué patrones estar atento en el futuro.

En este punto, usted ha aprendido un número de habilidades que le pueden ayudar a sentirse mejor y vivir de una manera más saludable, que también podrá utilizar en caso de que comience a sentirse deprimido nuevamente. Es muy importante continuar utilizando estos formularios de monitoreo y planeamiento, especialmente en las próximas semanas. En algunos casos, podría resultarle de utilidad programar sesiones de refuerzo para revisar material y resolver cualquier dificultad que pudiera surgir utilizando este proceso por su cuenta. Eventualmente podría notar que está viviendo consistentemente con sus valores en forma diaria, sin tener que utilizar los formularios de registro y planificación, pero

también podría encontrar de ayuda revisar estos recursos y practicar todas las habilidades nuevamente en caso de que los sentimientos de depresión regresen.

Por supuesto, es posible que los sentimientos de depresión regresen, pero debe mantenerse consciente que es improbable que la depresión persista si usted vive una vida saludable, significativa y plena. No importa lo que haya sucedido en el pasado, es posible realizar cambios en nuestras vidas, sacar lo mejor de las circunstancias y dedicar tiempo realizando actividades que llenen su vida con propósito y significado.

Apéndice B: Formularios

Formulario 1: Monitoreo diario

Día	Actividades	Disfrute (1-10)	Importancia (1-10)
00-05 hs.			
05 hs.			
06 hs.			
07 hs.			
08 hs.			
09 hs.			
10 hs.			
11 hs.			
12 hs.			
13 hs.			
14 hs.			
15 hs.			
16 hs.			
17 hs.			
18 hs.			
19 hs.			
20 hs.			
21 hs.			
22 hs.			
23 hs.			
Estado de ánimo general del día (0-10)			

Formulario 2: Áreas vitales, valores y actividades (1/5) Relaciones

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

**Formulario 2: Áreas vitales, valores y actividades
(2/5) Educación/carrera**

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Formulario 2: Áreas vitales, valores y actividades
(3/5) Recreación/intereses

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

**Formulario 2: Áreas vitales, valores y actividades
(4/5) Cuerpo, mente, espiritualidad**

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

**Formulario 2: Áreas vitales, valores y actividades
(5/5) Responsabilidades Diarias**

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Valor:
Actividad 1
Actividad 2
Actividad 3
Actividad 4
Actividad 5

Formulario 4: Acuerdos

¿En qué actividad podría ser útil la ayuda de otra persona?

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué manera podría ayudar?

1
2
3

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué manera podría ayudar?



1
2
3

Persona que podría ayudar con esta actividad:

¿De qué manera podría ayudar?

1
2
3

Formulario 1 (suplementario): Monitoreo Diario

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Disfrute (1-10) 	Importancia (1-10) 	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
5 - 6 am	# ___											
6 - 7 am	# ___											
7 - 8 am	# ___											
8 - 9 am	# ___											
9 - 10 am	# ___											
10 - 11 am	# ___											
11 - 12 am	# ___											
12 - 1 pm	# ___											
1 - 2 pm	# ___											
2 - 3 pm	# ___											
3 - 4 pm	# ___											
4 - 5 pm	# ___											
5 - 6 pm	# ___											
6 - 7 pm	# ___											
7 - 8 pm	# ___											
8 - 9 pm	# ___											
9 - 10 pm	# ___											
10 - 11 pm	# ___											
11 - 12 pm	# ___											
12 - 1 am	# ___											
1 - 2 am	# ___											
2 - 5 am	# ___											
Ánimo general del día												

AVANZANDO DESDE LAS ÁREAS VITALES Y VALORES HACIA ACTIVIDADES⁶

Área vital 1: Relaciones

Valor: ser un padre amoroso

- Actividad: *decirle a mi hijo que lo amo cada día*
- Actividad: *hacer un desayuno especial para mi hijo el sábado*
- Actividad: *Recoger a mi hijo de la escuela cada día.*

Valor: ser un amigo atento y que se preocupe

- Actividad: *llamar a mi amigo una vez por semana*
- Actividad: *Enviarle un mensaje de texto a mi amigo*
- Actividad: *Preguntarle a mi amigo acerca de su fin de semana*

Valor: tener en cuenta las necesidades de su pareja

- Actividad: *hacer planes especiales con mi pareja*
- Actividad: *decirle a mi pareja que la amo cada día*
- Actividad: *comprarle a mi esposa un regalo sorpresa*

⁶ Extraído de Lejuez et al. (2011).

Área vital (2/5): Educación/Carrera

Valor: obtener una educación más formal

- Actividad: *pedirle consejo a un amigo sobre una escuela*
- Actividad: *escribir un plan para inscribirse en una escuela*

Valor: Aprender nuevas habilidades para el trabajo

- Actividad: *Pedirle a alguien en el trabajo que me enseñe una nueva habilidad*
- Actividad: *Tomar una clase*

Valor: estar informado acerca del mundo

- Actividad: *Leer el diario cada día*
- Actividad: *Hablar acerca de eventos actuales con un extraño*

Valor: mejorar el rendimiento y satisfacción laboral

- Actividad: *Fijar una meta relacionada con el trabajo*
- Actividad: *Leer un libro sobre mi profesión*

Valor: encontrar un nuevo trabajo que se ajuste a sus habilidades e intereses

- Actividad: *Mirar anuncios de empleo*
- Actividad: *Hablar con alguien que tenga un puesto disponible*

Área vital (3/5): Recreación/intereses

Valor: estar activo

- Actividad: *ir al parque con mi hijo*
- Actividad: *salir a caminar*
- Actividad: *Jugar al fútbol el domingo*

Valor: ser artístico y creativo

- Actividad: *tejer*
- Actividad: *hacer artesanías*

Valor: hacer un sacrificio por algo en lo que crea

- Actividad: *comenzar un petitorio*
- Actividad: *dedicar tiempo ayudando en mi lugar de oración*

Valor: Ayudar a otros menos afortunados o que necesitan ayuda

- Actividad: *donar ropa*
- Actividad: *pasar 30 minutos ayudando a una persona mayor*

Valor: mostrar compromiso con el país

- Actividad: *votar en las elecciones*
- Actividad: *ofrecerme de voluntario en una campaña*

Área vital (4/5): Mente/Cuerpo/Espiritualidad

Valor: estar saludable físicamente

- Actividad: *ir al doctor para una revisión física*
- Actividad: *comer fruta todos los días*
- Actividad: *tomar mi medicación prescripta*

Valor: hablar con alguien acerca de mis problemas y sentimientos

- Actividad: *invitar alguien para almorzar y hablar*
- Actividad: *hacer una cita con un terapeuta*
- Actividad: *escribir en un diario*

Valor: desarrollar sus perspectivas religiosas/espirituales

- Actividad: *hablar con una figura religiosa*
- Actividad: *hablar a otros con creencias religiosas en las que esté interesado*

Valor: vivir una vida espiritual

- Actividad: *Rezar cada día*
- Actividad: *Leer mi material religioso*
- Actividad: *Asistir a un servicio religioso*

Valor: *ser tolerante, no juicioso, aceptar las diferencias con otros*

- Actividad: *hablar con alguien con una cultura distinta*
- Actividad: *leer un libro sobre una cultura diferente*

Área vital (5/5): Responsabilidades diarias

Valor: *ser alguien de quien los demás puedan depender*

- Actividad: *llegar puntualmente al trabajo*
- Actividad: *ofrecer ayuda a alguien que esté muy ocupado*
- Actividad *Replanificar una deuda*

Valor: *cuidar mis pertenencias*

- Actividad: *llevar a cabo una reparación doméstica necesaria*
- Actividad: *lavar mi ropa y zapatos*
- Actividad: *limpiar la casa*

Valor: *ser organizado*

- Actividad: *Revisar mis actividades diarias la noche anterior*
- Actividad: *usar un calendario para registrar fechas y citas.*
- Actividad: *emplear un sistema de archivo para los papeles importantes*

GUÍA DE SESIONES Y CHECKLIST DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO

Sesión uno

Elementos claves de la sesión uno

1. Discusión de la Depresión _____
2. Introducción a la explicación del tratamiento de Activación Conductual _____
3. Introducción al Monitoreo Diario (Formulario 1) _____
 - Puntuaciones de disfrute e importancia _____
 - ¿Cuándo debería completar su Formulario de Monitoreo Diario? _____
 - Puntos importantes acerca de la estructura de este tratamiento _____

Tareas

- Completar el Formulario de Monitoreo Diario _____

Sesión dos

Elementos claves de la sesión dos

1. Monitoreo diario: revisar la tarea (Formulario 1) _____
 - Dificultades _____

2. Descripción de tratamiento: revisión _____
3. Completar Inventario de Áreas vitales, valores y actividades (formulario 2) _____

Tareas

1. Completar el Monitoreo Diario (Formulario 1) _____
2. Revisar y editar Inventario de Áreas vitales, valores y actividades (formulario 2) _____
3. Revisar Apéndice: Moviéndose de las Áreas vitales y Valores hacia las Actividades _____

Sesión tres

Elementos clave de la Sesión tres

1. Monitoreo diario: revisar tarea (formulario 1) _____
2. Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades: revisar tarea (formulario 2) _____
3. Selección y Jerarquía de Actividades (Formulario 3) _____

Tareas

1. Monitoreo Diario (Formulario 1) _____
2. Continuar el revisar y editar Inventario de Áreas vitales, valores y actividades (formulario 2) _____
3. Revisar y editar Selección y Jerarquía de actividades _____

Sesión Cuatro

Elementos clave de la sesión cuatro

1. Monitoreo diario: revisar la tarea (Formulario 1) _____
2. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades (Formulario 1) _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____

Sesión Cinco

Elementos Clave de la Sesión Cinco

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades: revisar la tarea (Formulario 1) _____
2. Acuerdos (Formulario 4) _____
3. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

Sesión seis

Elementos claves de la sesión seis

1. Registro diario con planeamiento de actividades: revisar tareas _____
2. Acuerdos: revisar tareas (Formulario 4) _____
3. Registro diario con planificación de actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

Sesión Siete

Elementos claves de la sesión siete:

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades: revisar tareas _____
2. Inventario de Áreas Vitales, Valores y Actividades: revisión de concepto y edición. _____
3. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana próxima (Formulario 1) _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

Sesión ocho

Elementos clave de la sesión ocho

1. Monitoreo diario con Planificación de Actividad: Revisar Tarea (Formulario 1) _____
2. Selección y jerarquía de actividades: revisión de concepto y edición _____
3. Selección y Jerarquía de Actividades: Revisión del concepto y edición _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

Sesión Nueve

Elementos claves de la sesión nueve:

1. Registro diario con planeamiento de actividades: revisar tareas

2. Acuerdos: revisión de concepto y edición _____
3. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

Sesión Diez y siguientes

Elementos claves de la sesión diez y siguientes:

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades: revisión de tarea _____
2. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana próxima (Formulario 1) _____
3. Preparándose para el final del tratamiento _____

Tarea

1. Monitoreo Diario con Planificación de Actividades para la semana siguiente (Formulario 1) _____
2. Continuar añadiendo y editando Acuerdos _____

REFERENCIAS

- Barraga, J. (2009). La activación conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TADCD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la Activación Conductual. *eduPsykhé*, 8(1), 23–50.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression* (p. 425). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. a., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599. doi:10.1037/0021-843X.110.4.585
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). *Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 38, pp. 272–279). doi:10.1097/00004583-199903000-00014
- Collado, A., Castillo, S., Maero, F., Lejuez, C., MacPherson, L. (2013). Brief Behavioral Activation treatment for depression in Latinos with limited English proficiency: preliminary efficacy and acceptability. *Behavior Therapy*. doi:10.1016/j.beth.2013.10.001
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513–23.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of*

Abnormal Psychology, 85, 186–193. doi:10.1037/0021-843X.85.2.186

- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–22. doi:10.1037/a0013075
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., & Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a Brief Behavioral Treatment for Inner-City Illicit Drug Users With Elevated Depressive Symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122–129. doi:10.4088/JCP.v69n0116
- Delprato, D. J. (2001). Comparisons of discrete-trial and normalized behavioral language intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 315–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11518484>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2738214>
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–77. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611–23. doi:10.1017/S0033291707001614
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... Docherty, J. P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–82; discussion 983. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2684085>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(October), 857–870. doi:10.1037/h0035605

- Fuchs, C. Z., & Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 206–215. doi:10.1037/0022-006X.45.2.206
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/a0016383
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., Hopko, D. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 468–475.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed., p. 402). Guilford Press. Retrieved from https://books.google.com/books?id=5_xAm0VF4X8C&pgis=1
- Herrnstein, R. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 4*, 267–272. doi:10.1901/jeab.1961.4-267
- Hollon, S. D. (2006). Behavioral Activation Treatment for Depression: A Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 271–274. doi:10.1093/clipsy.8.3.271
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Davis, D. D. (1993). Cognitive therapy for depression: conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 270–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8473580>
- Hopko, D. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*(5), 699–717. doi:10.1016/S0272-7358(03)00070-9
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. a., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(2), 236–243. doi:10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & Mcneil, D. W. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: A Randomized Pilot Trial within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification, 27*(4), 458–469. doi:10.1177/0145445503255489
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression : Procedures , principles , and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699 – 717.

doi:10.1016/S0272-7358(03)00070-9

- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral Activation for Anxiety Disorders. *Behavior Analyst*, 7(2), 212–232.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 460–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14632378>
- Jacobson, N., & Dobson, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/64/2/295/>
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 103–17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10660997>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression : Returning to Contextual Roots. *Psychological Science*, (c), 255–270.
- Jakupcak, M., Roberts, L., Martell, C., Mulick, P., Michael, S. (2006). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Trauma. Stress*, 19, 387–391.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1977). Behavioral Analysis: Selecting Target Behaviors in the Interview. *Behavior Modification*, 1(1), 7–28. doi:10.1177/014544557711002
- Kanter, J., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features* (p. 184). Routledge.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the Clinical or Applied Importance of Behavior Change through Social Validation. *Behavior Modification*, 1(4), 427–452. doi:10.1177/014544557714001
- Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustun, T. B., Roy-Burne, P. P., & Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 801–808. doi:10.1001/archpsyc.55.9.801
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). *Functional Analytic Psychotherapy:*


- Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships* (p. 217). Springer Science & Business Media.
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 407–14. doi:10.1901/jaba.2003.36-407
 - 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(2), 111–161. doi:10.1177/0145445510390929
 - Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). *A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual*. *Behavior Modification* (Vol. 25, pp. 255–286). doi:10.1177/0145445501252005
 - Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2006). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456–468. doi:10.1037/0033-3204.42.4.456
 - Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (p. 318). Oxford, England: John Wiley & Sons.
 - Lewinsohn, P., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, OR.: Castalia.
 - Lewinsohn, P., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261–268. doi:10.1037/h0035142
 - Lewinsohn, P. M., Munoz, R., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression* (p. 354). Prentice-Hall.
 - Lewinsohn, P., Sullivan, J., & Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 322–334. doi:10.1037/h0085929
 - Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (p. 558). Guilford Press.
 - MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., ... Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1),

55-61. doi:10.1037/a0017939

- Magidson, J. F., Gorka, S. M., MacPherson, L., Hopko, D. R., Blanco, C., Lejuez, C. W., & Daughters, S. B. (2011). Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors*, 36(6), 615-23. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.016
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. W. W. Norton & Company.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide* (p. 220). New York: Guilford Press.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults : A Meta-analysis and Review, (1977), 383-411.
- Mulick, P., Naugle, A. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380, 2197-2223. doi:10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- NICE. (2009). Depression: the Treatment and Management of Depression in Adults (Update). *NICE Clinical Guideline*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/CG90>
- Otto, M. W., Pava, J. A., & Sprich-Buckminster, S. (1996). Treatment of major depression: Application and efficacy of cognitive - behavioral therapy. In M. H. Pollack & M. W. Otto (Eds.), *Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies* (pp. 31-52). New York: Guilford Press.
- Pagoto, S. L., Schneider, C., Appelhans, B., Curtin, C., & Hadjuk, A. (2011). Psychological co-morbidities of obesity. In S. L. Pagoto (Ed.), *Psychological Co-morbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective* (pp. 311-334). Springer Science & Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-0029-6
- Pagoto, S. L., Bodenlos, J., Schneider, K., Olendzki, B., Spates, C. R., &

- Ma, Y. (2008). Initial investigation of behavioral activation treatment for comorbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 45, 410–415.
- Peak, T., & Barusch, A. (1999). Managed care: a critical review. *Journal of Health & Social Policy*, 11(1), 21–36. doi:10.1300/J045v11n01_02
 - Rachman, S., & Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 12(4), 311–318. doi:10.1016/0005-7967(74)90005-9
 - Rehm, L. P., Kornblith, S. J., O'Hara, M. W., Lamparski, D. M., Romano, J. M., & Volkin, J. I. (1981). An Evaluation of Major Components in a Self-Control Therapy Program for Depression. *Behavior Modification*, 5(4), 459–489. doi:10.1177/014544558154002
 - Sanchez, V. C., Lewinsohn, P. M., & Larson, D. W. (1980). Assertion training: Effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 526–529. doi:10.1002/jclp.6120360224
 - Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman.
 - Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., ... Dolan, R. T. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1417430>
 - Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry*, 41(1), 45–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6691784>
 - Skinner, B. . (1953). *Science And Human Behavior* (p. 461). Simon and Schuster.
 - Strunk, D. (2015). Depression. Retrieved from http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders/depression_main.php
 - Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33(6), 818–29. doi:10.1177/0145445509350094
 - Ullrich, H. E. (1993). Cultural shaping of illness: a longitudinal perspective on apparent depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(10), 647–9.

- Van Voorhees BW, Fogel J, Reinecke MA, Gladstone T, S. S. (2009). Randomized clinical trial of an Internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12-week outcomes. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 23-37.
- Wagner, A., Zatzick, D., Ghesquire, A., Jurkovich, G. (2007). Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 341-349.
- Warmerdam L, van Straten A, Twisk J, Riper H, C. P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.*, 10.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439. doi:10.1037/0022-006X.47.3.427.



La depresión es un problema de salud serio. No sólo puede ser devastadora para la persona que la padece y su entorno social más cercano, sino que también es un problema para la sociedad en la cual sucede: el trastorno depresivo mayor ocupa el tercer lugar en Latinoamérica y el onceavo a nivel mundial en términos de impacto sobre la sociedad, con los costos económicos y sociales que esto implica (gastos en salud, horas de trabajo perdidas, enfermedades físicas asociadas, entre otros).

El modelo BATD, del cual presentamos una guía completa en el presente volumen, proporciona a los profesionales de salud mental, sin importar su orientación teórica o nivel de experiencia clínica, una herramienta accesible y de bajo costo. Una herramienta que creemos puede marcar una diferencia en el modo de tratar la depresión en Latinoamérica.

