

Christopher R. Martell
Sona Dimidjian
Ruth Herman-Dunn

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL para la depresión

Una guía clínica

biblioteca de psicología



DESLÉE DE BROUWER

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Una guía clínica

CHRISTOPHER R. MARTELL
SONA DIMIDJIAN
RUTH HERMAN-DUNN

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Una guía clínica

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
BEHAVIORAL ACTIVATION FOR DEPRESSION
A CLINICIAN'S GUIDE

© 2010, The Guilford Press. Nueva York, USA

Traducción: Juan Antonio Medina López

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2013

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2621-7

Depósito Legal: BI-76-2013

Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

*Este libro está dedicado al difunto Neil S. Jacobson,
nuestro amigo, colega y mentor de la activación conductual.*

*Nuestro trabajo estará siempre en deuda con él
por su visión seminal.*

*El recuerdo de Neil sigue influyendo en toda nuestra investigación,
nuestros escritos y nuestro trabajo clínico.*

Índice

Sobre los autores	11
Agradecimientos	13
Prólogo, por <i>Peter M. Lewinsohn</i>	17
Prefacio	19
1. Introducción: el desarrollo de la activación conductual	21
2. Los principios fundamentales de la activación conductual .	43
3. La estructura y el estilo de la terapia.	67
4. Identificación de los componentes del antidepresivo conductual	97
5. Programación y estructuración de la actividad	133
6. Resolución de problemas y respuesta a la evitación	159
7. Cómo el pensamiento puede ser una conducta problemática	181

8. Solución de problemas con la activación	205
9. La unión de todos los elementos: prevención de recaídas y actuación después de la terapia	231
Apéndice 1. Tablas y hojas de trabajo para clientes con depresión	255
Apéndice 2. Bloc de notas y plan de terapia semanal.	265
Apéndice 3. Bloc de notas y plan después de la terapia	267
Apéndice 4. ACTIVATE – Hoja de referencia para el terapeuta . .	269
Bibliografía	271
Índice analítico y de nombres.	279
Índice general	281

Sobre los autores

El doctor **Christopher R. Martell**, miembro del ABPP (Consejo Estadounidense de Psicología Profesional), es profesor adjunto en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales y en el Departamento de Psicología de la Universidad de Washington en Seattle, donde ejerce también la práctica privada. Tiene el título de especialista tanto en psicología clínica como en psicología conductual, titulaciones otorgadas por el Consejo Estadounidense de Psicología Profesional, y es miembro fundador de la Academia de Terapia Cognitiva. Amén de ser coautor de cuatro libros, el doctor Martell posee múltiples publicaciones sobre los tratamientos conductuales para la depresión y sobre otros campos de aplicación de la terapia cognitivo-conductual, entre los que se incluyen la terapia cognitivo-conductual con clientes lesbianas, homosexuales y bisexuales. Dirige talleres y es conferenciante internacional; en el año 2004 recibió el Distinguished Psychology Award de la Asociación Psicológica del Estado de Washington.

La doctora **Sona Dimidjian** es profesora adjunta de Psicología en la Universidad de Colorado en Boulder. Su investigación está dirigida al tratamiento y a la prevención de la depresión, con especial énfasis en

la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el posparto. La doctora Dimidjian es considerada una eminente especialista en los enfoques cognitivos y conductuales del tratamiento y de la prevención de la depresión. Pertenece a un relevante grupo de expertos en el tratamiento de AC para la depresión y ha publicado un gran número de obras relacionadas con este campo; también es especialista en la aplicación clínica en prácticas contemplativas tales como la meditación con la atención concentrada, dirige talleres e imparte conferencias en diferentes países.

La doctora **Ruth Herman-Dunn** ejerce la práctica privada en Seattle y dirige las tesis doctorales de estudiantes de posgrado desde su cargo de Clinical Instructor del Departamento de Psicología de la Universidad de Washington. Ha sido investigadora-terapeuta en varios e importantes ensayos clínicos randomizados sobre tratamientos conductuales, entre los que figura la AC y la Terapia Conductual Dialéctica (TCD); ha dirigido talleres sobre estos tratamientos a lo largo y ancho de Estados Unidos y Canadá. La doctora Ruth Herman-Dunn ofrece servicios de asesoramiento sobre estudios para la difusión de este tratamiento y colabora con un destacado grupo de especialistas en AC en lo que a investigación, formación y desarrollo de tratamientos se refiere.

Agradecimientos

Varias personas han prestado generosamente su tiempo y atención a este proyecto y queremos manifestarles nuestro agradecimiento.

Fue en el Estudio de los Tratamientos para la Depresión de la Universidad de Washington, en Seattle, donde nació nuestra conceptualización de la activación conductual (AC), y las personas implicadas en ese estudio han contribuido decisivamente a la hora de guiar nuestro pensamiento durante la última década. Damos las gracias a los participantes en ese estudio y a todos los clientes con los que hemos trabajado desde entonces y cuya dedicación y esfuerzo han inspirado y configurado nuestro trabajo. Estamos agradecidos a los investigadores del campo de la AC, a nuestros queridos amigos y colegas, los doctores Robert J. Kohlenberg, Steven D. Hollon, Keith S. Dobson, Karen B. Schmaling, Michael E. Addis, y el doctor en medicina David L. Dunner. El doctor Robert Gallop es tanto un genio de la estadística como un inestimable colaborador. Finalmente, la doctora Marsha M. Linehan ha sido una inspiración y guía en muchos aspectos: tanto si se le preguntaba sobre clientes concretos como si se le hablaba sobre terapia conductual durante una comida en su casa, ella siempre ha mostrado sus amplios conocimientos sobre la teoría y sobre la técnica,

nos ha desafiado amablemente a que perfeccionemos nuestro pensamiento y ha compartido su entusiasmo por la importancia actual de este trabajo.

Muchas conversaciones mantenidas durante años con colegas y amigos han servido también para profundizar nuestro pensamiento y nuestra comprensión del tema. En concreto, la doctora Virginia Rutter ha sido y continúa siendo una fuente de apoyo, amistad y conocimiento. Los doctores Chris Dunn, David Markley, Linda Dimeff, Sarah Landes y Sandra Coffman, participaron con nosotros en estimulantes debates sobre la teoría y la técnica, al tiempo que fueron de gran ayuda a la hora de dar forma a este libro sin ser necesariamente conscientes en esos momentos de la valiosa contribución que estaban aportando. Eric Woodcock, licenciado en ciencias, tuvo la idea original para el acrónimo ACTIVATE y nos ha prestado una extraordinaria ayuda, a la vez que ha coordinado varios proyectos sobre AC.

Los clínicos e investigadores Tina Pittman-Wagers, doctora en psicología, Samuel Hubley, licenciado en filosofía y letras, y Roselinde Kaiser, licenciada en humanidades, pulieron nuestro borrador final y merecen nuestro más cálido agradecimiento. Las doctoras JoAnne Dahl y Anna Suessbrick, destacadas académicas y clínicas, nos ofrecieron un estímulo que nos permitió completar con confianza este proyecto.

También deseamos reconocer la importante contribución de varias personas de The Guilford Press, entre las que se incluyen Jim Nageotte, director literario; Jane Keislar, redactora adjunta; Kelly K. Waering, Jr., redactora; y Louise Farkas, responsable del departamento de producción. Aunque siguen siendo anónimos, los críticos que leyeron nuestra primera propuesta y nuestro borrador inicial y que evaluaron el proyecto desde una perspectiva crítica, merecen también nuestro reconocimiento por su contribución.

Christopher R. Martell expresa su agradecimiento a Mark E. Williams porque le ha prestado un extraordinario apoyo, y por ser una persona centrada y afectuosa. Con sus magníficas habilidades como escritor, Mark tuvo la generosidad de leer y comentar muchos

fragmentos del texto y de ofrecer un brillante consejo editorial. También da las gracias a sus hermanas, Catherine Borkman y Anita Bourgault, y a su hermano, Paul Martell, por su ayuda y paciencia a lo largo de la elaboración de este libro.

Sona Dimidjian reconoce con gratitud la labor de Chuck Langdon por ser un extraordinario compañero en su vida, amor y trabajo, y en el cuidado de los hijos; su apoyo, compartido en infinitud de formas cada día, y su inquebrantable confianza en la importancia de este trabajo han influido decisivamente en el presente proyecto. También está agradecida a Virginia Rutter por su entrañable amistad; su relación con el legado de Neil y su propia sabiduría, su brillantez y su fortaleza han influido en este libro de innumerables maneras. Finalmente, está agradecida a su hija, Serena Langdon-Dimidjian, por la alegría, el asombro y el encanto que esta descubre en cada día, recordándonos que todo esto es posible.

Ruth Herman-Dunn reconoce con gratitud la labor de su marido, Christopher Dunn, por sus experimentadas consideraciones y por su constante y perspicaz sentido del humor. También expresa su agradecimiento a su hermano, Edward Herman, por su afectuosa ayuda y animadas discusiones nocturnas sobre la AC. Por último, está agradecida a su hija, Ellie, por soportar el continuo soniquete «muy ocupada» y por ser un entrañable recordatorio de la importancia de cada momento.

Prólogo

El propósito de *Activación conductual para la depresión: una guía clínica* es dotar a los clínicos, independientemente de su orientación teórica, de los conocimientos que precisan para utilizar el tratamiento de la activación conductual (AC). Los autores han alcanzado con éxito este objetivo y han elaborado una gran obra que describe muchas técnicas conductuales que resultarán útiles para el terapeuta de AC y para sus pacientes.

Si consideramos que los tratamientos psicológicos están en un continuum y que están situados en función de su grado de estructuración, la AC se encontraría hacia el final estructurado del continuum. Con todo, el tratamiento de AC debe estar adaptado a las necesidades idiosincrásicas del paciente y requiere una dosis básica de flexibilidad, innovación y experimentación por parte del terapeuta. Esto es lo que hace que muchos de los procedimientos descritos en este libro sean tan útiles. Al mismo tiempo, me impresiona la importancia que los autores dan al hecho de que el terapeuta de AC debe tener la facultad de dirigir y, al mismo tiempo, de no juzgar a sus clientes y colaborar con ellos. Un terapeuta eficaz de AC no es pasivo.

Existen técnicas que son exclusivas de la AC (por ejemplo, la planificación de las actividades), pero también hay otras muchas técnicas que la AC comparte con otras terapias cognitivo-conductuales, tales como la resolución de problemas, el tratamiento de los pensamientos como conductas problemáticas y el hecho de centrarse en evitar y prevenir recaídas.

En esta descripción exhaustiva y detallada de la AC, cada capítulo aborda claramente cuestiones, problemas y desafíos específicos, a la vez que explica los tipos de conductas que probablemente van a facilitar el proceso terapéutico. Como expertos reconocidos en AC, los autores están firmemente comprometidos con este enfoque y tienen un excelente currículum como investigadores y clínicos en la utilización de estas técnicas.

Los autores mencionan someramente las potenciales aplicaciones de la AC en personas que también experimentan problemas distintos de la depresión, como, por ejemplo, para hacer frente a otras enfermedades y en el cuidado de ancianos dementes. Evidentemente habrá importantes diferencias individuales en el modo en que diferentes clínicos administran su intervención y en cómo responden los pacientes a este tratamiento. Estas son cuestiones importantes que han de ser tratadas en futuras investigaciones.

Aunque el presente libro tiene la clara intención de formar a terapeutas competentes en AC y puede ser utilizado eficazmente por los clínicos en su práctica, a los investigadores también les resultará útil para evaluar la eficacia de varias clases de formación para el desarrollo de las habilidades del terapeuta. Aplaudo a los autores por aportarnos un recurso tan valioso para nuestro campo de trabajo.

*Doctor Peter M. Lewinsohn
Universidad de Oregón
Eugene, Oregón*

Prefacio

La investigación y la práctica clínica se encuentran en una encrucijada. La historia de estos campos ha estado llena de desafíos. A menudo, los clínicos han contemplado con recelo a los investigadores, aludiendo a que la mayoría de los estudios de investigación tienen poca relevancia en la realidad cotidiana de la práctica clínica. Plantean objeciones sobre las restricciones de los tipos de clientes a los que se les permite participar en estudios de investigación y el grado en que se asemejan a los clientes tratados en la práctica clínica. Los clínicos también han preguntado si los hallazgos de las investigaciones son relevantes para los ambientes de trabajo, con frecuencia cambiantes, en los que deben enfrentarse a múltiples y conflictivas demandas para especializarse en tratamientos de carácter empírico y proporcionar servicios a un número cada vez mayor de clientes, en un menor espacio de tiempo y a menudo con menos presupuesto para llevarlo a cabo.

Sin embargo, los retos en las décadas venideras requieren el afianzamiento de los lazos existentes entre la investigación y la práctica clínica. Hemos escrito este libro teniendo presente la práctica del psicoterapeuta. Nos hemos imbuido de la activación conductual (AC)

a través de la investigación y de la práctica clínica durante los últimos diez años, y este libro refleja nuestros esfuerzos para integrar estas experiencias con métodos que sean relevantes y útiles en la práctica clínica.

Destacamos los diez principios de la AC que guían a los terapeutas a lo largo del tratamiento y describen las estrategias fundamentales utilizadas por los terapeutas de AC. Incluimos formularios de tareas y hojas de trabajo que los clínicos pueden utilizar con los clientes y, a lo largo del libro, afianzamos nuestros debates sobre estrategias clínicas con ejemplos de casos concretos, todos ellos basados o inspirados en clientes reales (convenientemente camuflados para preservar la confidencialidad). Hemos anticipado las dificultades con las que los terapeutas se podrían topar porque nosotros ya nos hemos enfrentado a ellas. Sabemos que las estrategias no siempre funcionan y que no hay ningún tratamiento que sea una panacea para todos los problemas, y nuestros propios errores continuamente hacen que adoptemos una actitud de humildad. Hemos dado mucha importancia a la experiencia en este libro y esperamos que a los terapeutas les resulte práctico e inspirador cuando la terapia se desarrolla bien y en el momento en que aparecen nuevos desafíos. Estamos comprometidos en la tarea de tender un puente entre el mundo académico y el de la práctica. Esperamos que este libro, escrito para clínicos, estudiosos y científicos, sirva no solo para aumentar la probabilidad de que la AC sea un tema de nuevas investigaciones, sino también para que muchos terapeutas la pongan en práctica con fidelidad a la hora de ayudar a los clientes con depresión para que estos tengan una vida plena y gratificante.

1 Introducción: el desarrollo de la activación conductual

«El pasado nunca está muerto. Ni siquiera es pasado»

William Faulkner (1897-1962)

El presente libro versa sobre la activación conductual (AC), una psicoterapia que ha resultado ser un tratamiento eficaz para la depresión y que ha demostrado también su potencial para el tratamiento de otros trastornos. Está escrito teniendo presentes a terapeutas de muchas y diferentes orientaciones teóricas. La AC es un tratamiento autónomo, pero también es una parte importante de un tratamiento cognitivo-conductual estándar para la depresión. Los principios que presentamos serán útiles para terapeutas que por lo general no trabajan desde el marco de una terapia cognitivo-conductual (TCC) y que creen necesitar una estructura más amplia a la hora de tratar a clientes concretos. La AC ha adoptado diversas formas durante las cuatro últimas décadas y en la actualidad es el centro de un renovado interés que se hace eco de los resultados de la reciente investigación clínica. Sin embargo, detrás de toda investigación y de todo hallazgo científico hay una historia. Los artículos de revistas científicas presentan importantes datos, pero no siempre cuentan la historia de las formas

en que se desarrollan los estudios en las vidas y contribuciones reales de aquellos que dirigieron el camino de la evolución de estos principios y de este tratamiento. El presente libro describe el modo de poner en práctica los principios y las estrategias de la AC. Antes de llegar a ese punto, queremos compartir contigo la historia del desarrollo y del estudio de la AC. ¡Disfruta de este relato!

Punto de partida

Existen múltiples puntos de partida temporales posibles para comenzar esta historia. Empezamos con algunos recuerdos de nuestro colega y mentor Neil S. Jacobson, que falleció cuando nos encontrábamos en la mitad de nuestro trabajo sobre la AC en el año 1999. Para Neil, hacer ciencia significaba comprometerse con el escepticismo. Como nos recordaba Dimidjian (2000), Neil «nunca aceptó una teoría de cambio, un modelo de tratamiento, un principio o supuesto básico sin someterlo a un riguroso y exigente empirismo» (pág. 1). Con frecuencia desafiaba a la opinión popular y a las lealtades a modelos específicos. El escepticismo científico de Neil nació no solo del disfrute de un buen combate, sino también de la compasión. Quiso encontrar intervenciones a corto plazo que tuvieran efectos duraderos y que pudieran ser fácilmente divulgadas entre las comunidades clínicas.

Neil criticó también los tratamientos de la depresión prevalentes porque eran, a su juicio, «modelos del defecto», ya que localizaban la causa de la depresión en los déficits internos existentes dentro de los individuos. En contraste con ello, Neil intentó entender a la persona en todo el contexto del tratamiento de la depresión y nos animó a mirar fuera del individuo en nuestro esfuerzo por comprender y tratar la depresión. Su hipótesis consistía en que el secreto para aliviar la depresión se encontraba en el cambio de las circunstancias en la vida de las personas. De este modo, por tanto, comenzamos nuestra historia sobre la AC, con escepticismo y compasión, dos componentes esenciales para que la ciencia pueda potenciar los cambios clínicos.

¿Cuáles son los componentes activos de la terapia para la depresión?

La teoría que subyace a la AC debe su desarrollo al trabajo realizado durante las últimas tres décadas sobre la comprensión y el alivio de la depresión. La investigación sobre las terapias de la depresión se ha centrado fundamentalmente en la terapia cognitiva (TC) para la depresión. Desarrollada por Aaron T. Beck y sus colegas, la TC se basa en el supuesto de que la forma en que las personas *piensan* sobre situaciones de sus vidas influye en cómo se sienten y en lo que hacen. Cuando las personas están deprimidas, manifiestan modos problemáticos de pensamiento que aumentan su depresión. La TC se centra en ayudar a las personas para que identifiquen dichos pensamientos y opiniones depresivos, para que valoren cómo esos pensamientos influyen en ellas y para que realicen cambios en dichos patrones de pensamiento. La hipótesis primaria de la TC es que cuando las personas piensan de forma más realista, se sienten mejor. Las estrategias utilizadas en la TC son polifacéticas e incluyen tres categorías principales: estrategias conductuales diseñadas para cambiar el modo en que los individuos actúan en distintas situaciones, estrategias cognitivas diseñadas para cambiar el modo en que los individuos piensan sobre situaciones concretas, y estrategias cognitivas diseñadas para cambiar opiniones fundamentales y duraderas que los individuos tienen sobre sí mismos, sobre su futuro y sobre el mundo. El enfoque de la TC concede una especial importancia a las estrategias cognitivas. Aunque el tratamiento de individuos con casos más graves de depresión pone énfasis en las estrategias conductuales, en la TC el objetivo es adoptar estrategias de cambio cognitivo. Beck y sus colegas describieron la utilización de estrategias conductuales en el primer manual de tratamiento para la TC, explicando lo siguiente: «El objetivo principal de estas técnicas de terapia cognitiva es producir un cambio en las actitudes negativas» (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, pág. 118).

Muchos estudios avalan la eficacia de la TC; entre ellos se incluyen algunos de los últimos y precisos ensayos clínicos (DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 2005). Sin embargo, estos trabajos no abordaron algunas cuestiones importantes. Parecía evidente que la TC funcionaba,

pero ¿sabemos realmente *cómo* funcionaba? ¿Cuáles son los componentes activos de la TC? ¿Son todas las estrategias de la TC necesarias para producir resultados positivos? ¿Podrían las estrategias conductuales de la TC por sí mismas explicar el éxito de la terapia cognitiva?

Una serie de estudios han intentado abordar estas cuestiones. Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979) dirigieron uno de los primeros y descubrieron que los participantes con depresión mejoraban independientemente de los componentes específicos del tratamiento. El grupo de pacientes con depresión no hospitalizados recibió una reestructuración cognitiva, un aprendizaje de habilidades interpersonales, o bien una programación de acontecimientos agradables. Todos los tratamientos tuvieron éxito a la hora de eliminar la depresión. Zettle y Rains (1989) compararon tres terapias de grupo: la terapia cognitiva total, la terapia cognitiva parcial y el enfoque contextual denominado «distanciamiento integral». Todos los grupos mostraron reducciones importantes e iguales en la depresión en las doce semanas de tratamiento y durante dos meses más a modo de seguimiento. En 1989, Scogin, Jamison y Gochneaur descubrieron que tanto la biblioterapia centrada en lo cognitivo como la biblioterapia basada en la conducta eran superiores a las condiciones de control, pero ambas intervenciones eran igualmente eficaces.

Quizás el estudio más influyente que aborda el tema de los componentes activos de la TC es el que trata el análisis de componentes publicado en 1996 por Jacobson y sus colegas (Jacobson et al., 1996). En esta clase de estudio, los distintos componentes de un tratamiento son identificados y comparados entre sí con el propósito de reconocer qué partes del tratamiento son causalmente activas. A los aproximadamente ciento cincuenta adultos con depresión que participaron en este estudio de análisis de componentes se les asignó al azar a uno de los tres tratamientos: (1) el componente de activación conductual, (2) la activación conductual más la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, o (3) el paquete completo de terapia cognitiva, consistente en la activación conductual, la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y la reestructuración cognitiva de opiniones fundamentales.

La primera condición (AC) permitió a los terapeutas utilizar estrategias conductuales como la programación de actividades, índices de dominio/placer, y asignaciones graduadas de la tarea, estrategias que describiremos de forma mucho más detallada en los capítulos siguientes. En la segunda condición (AC más la reestructuración automática del pensamiento), los terapeutas podían utilizar las estrategias conductuales y las estrategias cognitivas diseñadas para modificar la forma de pensar en situaciones concretas. En la tercera condición, los terapeutas podían emplear cualquiera de las estrategias utilizadas en las otras condiciones, y también trabajar en el cambio de opiniones fundamentales sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro –es decir, todo el abanico de las estrategias de la AC tal y como se esboza en Beck et al. (1979) y en posteriores manuales de tratamiento (por ejemplo, J. S. Beck, 1995).

Los mismos terapeutas proporcionaron todos los tratamientos y, de hecho, estaban decididamente a favor de un enfoque total de TC. Utilizaron conceptualizaciones cognitivas en clientes que habían sido asignados a todas las condiciones de tratamiento y por lo general creían que la utilización del componente AC de forma aislada sería algo semejante a realizar una terapia con una mano atada a la espalda. Se sintieron desanimados cuando a sus pacientes se les asignó al azar una condición del componente de la AC y sus reacciones fueron parejas a las que mostraron la mayor parte de las personas de este campo –concretamente, que los participantes en la condición AC (solo) mostrarían resultados más pobres.

Sin embargo, lo que sucedió sorprendió a muchos. No hubo diferencias significativas entre los tres tratamientos, ni en el intenso tratamiento para la depresión ni en la prevención de la recaída mediante un seguimiento de dos años (Jacobson et al., 1996; Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998). Los resultados obtenidos de la condición del componente de la AC eran comparables a los procedentes del programa de terapia totalmente cognitiva. Este hallazgo causó una gran conmoción, y aparecieron numerosas notas que invitaban a la cautela. Algunos rechazaron los hallazgos, sugiriendo que la terapia no había sido realizada de la manera apropiada y que la cualidad infe-

rior de la TC explicaba el patrón de los hallazgos (Jacobson y Gortner, 2000). A otros les intrigaban los hallazgos, pero creían que era necesario reproducirlos de manera exacta en otro estudio.

Los autores del estudio del análisis de componentes pensaban que las críticas eran muy valiosas y coincidían en que era necesario reproducirlo exactamente para asegurarse de que la TC fuera realizada del modo más eficiente posible. Los resultados del estudio de análisis de componentes centraron la atención de nuestro grupo de investigación en torno a algunas cuestiones fundamentales. Comenzamos a preguntarnos si en las últimas décadas los enfoques puramente conductuales habían sido pasados por alto. ¿Carecía este campo de estudio de algo importante que los enfoques conductuales podían ofrecer en el tratamiento de la depresión?

La vuelta a las raíces conductuales

Las cuestiones surgidas a raíz del estudio del análisis de componentes nos animaron a examinar de nuevo la bibliografía. Comenzamos leyendo las investigaciones que abordaban el tema de los enfoques conductuales sobre la depresión. En algunos casos, estos estudios habían sido publicados hacía décadas. Solicitamos artículos de viejas revistas en las bibliotecas y desempolvamos libros antiguos de nuestras estanterías. A medida que los leíamos, nuestras ideas sobre la AC evolucionaban. Comenzamos a desarrollar la base de un tratamiento conductual definido por derecho propio, no solo por la proscripción de las intervenciones cognitivas tal y como esta se había manifestado en el estudio del análisis de componentes (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001).

Al tiempo que el estudio del análisis de componentes revitalizaba el interés por la AC para la depresión, el desarrollo de la AC también estaba basado en una larga tradición de teoría e investigación conductual que en gran medida, según pudimos apreciar, había pasado desapercibida durante las últimas décadas. En concreto, la AC se construye sobre los cimientos del trabajo de cuatro importantes pioneros:

Charles B. Ferster, Peter M. Lewinsohn, Lynn P. Rehm y Aaron T. Beck. Mientras que Ferster se centraba en la teoría que subyace al análisis conductual de la depresión, Lewinsohn profundizaba en la teoría y desarrollaba métodos de tratamiento conductual aplicables a la depresión, Rehm hacía hincapié en la importancia del refuerzo en el tratamiento de la depresión, y Beck hacía posible que la activación conductual estuviera disponible para un público clínico cada vez más numeroso, incluyéndola como una parte esencial de la TC para la depresión. A continuación analizaremos las contribuciones y la influencia de estos antepasados de la AC.

Charles B. Ferster

Ferster (1973) postuló que la depresión se caracteriza por una reducción de determinados tipos de actividad y por el incremento de otros. En particular, Ferster se interesó por el incremento de las conductas de huida y evitación y, como resultado, sugirió que los individuos depresivos recibían menos recompensas por sus actividades. Propuso algunas razones que avalaban este argumento. En primer lugar, sugirió que cabe la posibilidad de que las personas con depresión no realicen actividades productivas con suficiente frecuencia, lo cual reduce la efectividad del refuerzo de dichas actividades. En segundo lugar, sugirió que estos individuos podrían adoptar conductas motivadas por intentos de librarse de sentimientos de aversión, que «evitaban conductas reforzadas positivamente» (pág. 859). De este modo, la conducta de individuos depresivos puede ser controlada principalmente con el refuerzo negativo en oposición al refuerzo positivo. En otras palabras, las acciones sirven al propósito de reducir un estado de aversión más que al propósito de permitir que el individuo participe del entorno de tal modo que la conducta sea recompensada de forma natural y reforzada de forma positiva.

Toda conducta tiene lugar en un contexto concreto y se ve reforzada por sus consecuencias. Estas son las denominadas *contingencias* de la conducta. Ferster (1973) puso de relieve que los modos de interacción limitada con su entorno por parte de un cliente con depresión pueden dar como resultado una habilidad disminuida para aprender

de las contingencias. Si nos centramos en el estado interno de privación de un individuo en oposición a su observación del entorno –según Ferster–, esto será «un grave impedimento para mejorar la visión del mundo por parte de la persona con depresión. Puede que el individuo con depresión no sea capaz de adoptar una conducta potencialmente reforzable para descubrir la reacción diferencial del entorno, dependiendo del tipo de actuación que se produce» (pág. 39).

No tenemos inconveniente en reconocer que el actual modelo de AC se basa en muchas de las ideas pioneras de Ferster. Su obra proporcionó un sólido marco conductual-analítico para examinar la *función* de la conducta más que su forma. La AC había sido concebida como un tratamiento flexible adaptado personalmente a cada cliente. El modelo de la AC no supone que alguna clase de conducta concreta sea necesariamente un refuerzo para el cliente como, por ejemplo, el aumento de acontecimientos agradables. El modelo de la AC utiliza más bien el análisis funcional (estudiado a lo largo de este libro) para estimular conductas que pueden ayudar más al cliente a interactuar con el entorno y que traen consigo consecuencias que reforzarán positivamente un comportamiento antidepresivo. El énfasis en la función más que en la forma de la conducta continúa siendo una de las aportaciones más importantes de la obra pionera de Ferster sobre la AC.

Peter M. Lewinsohn

La teoría de Lewinsohn sobre la depresión está en consonancia con muchos de los elementos propuestos por Ferster. Lewinsohn hizo hincapié en la importancia de la ausencia de refuerzo positivo en la vida de los pacientes con depresión. En concreto, conceptualizó la depresión como el resultado de una falta, o un nivel bajo, de refuerzo positivo de «respuesta contingente» (Lewinsohn, 1974). La respuesta contingente significa que el refuerzo depende de las acciones del individuo. Por ejemplo, si una persona en una relación intenta entablar una conversación y el compañero ignora su intención (no ofrece un refuerzo positivo de respuesta contingente) o lo rechaza por considerarlo «pesado» (establece un castigo), el individuo al final dejará de realizar intentos de entablar una conversación con el com-

pañero y se sentirá triste con respecto a la relación. A partir de ese momento será menos probable que esta persona entable una conversación y, dicho de otro modo, la conducta conversacional puede extinguirse. Se establece la hipótesis de que la carencia de refuerzo positivo limita conductas que por regla general dan como resultado recompensas a partir de la vida de los individuos, que pueden causar o mantener la *disforia*.

Lewinsohn (1974) señaló también que los índices bajos de refuerzo positivo de respuesta contingente pueden intervenir en contextos que pueden parecer sorprendentes; por ejemplo, explicó que los ascensos en el trabajo pueden llevar a una *pérdida* de refuerzo social (por ejemplo, la pérdida de personas del mismo estatus en la transición a un puesto directivo) o que la consecución de un objetivo por el que una persona se ha esforzado mucho durante largo tiempo (por ejemplo, conseguir un título académico) puede resultar ser un débil reforzador para el individuo. Lewinsohn explicó que «no es la cantidad total de atención ni los “regalos” recibidos lo que adquiere vital importancia, sino el hecho de que el entorno proporciona las consecuencias suficientes para mantener la conducta del individuo» (pág. 180). Evidentemente, Lewinsohn creía que la experiencia subjetiva de las recompensas del entorno supera el valor nominal de las mismas a la hora de determinar su posterior impacto en la conducta y en el estado de ánimo.

Finalmente, Lewinsohn y sus colegas revisaron su modelo para explicar cómo los acontecimientos negativos de la vida influyen en unas personas pero no en otras. Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) sugieren que los acontecimientos negativos de la vida reducen la probabilidad de conductas de adaptación en individuos vulnerables que pueden carecer de habilidades para enfrentarse a los acontecimientos. Estos trastornos y el estado de ánimo disfórico que les acompaña conducen al individuo a centrarse excesivamente en sí mismo y ser enormemente autocrítico. También se produce una reducción de la motivación y el individuo vulnerable se retira de los contactos sociales. De este modo, existe una espiral descendente encaminada hacia una mayor depresión mientras el individuo se desactiva en respuesta a la alteración.

De esta forma, la obra de Lewinsohn contribuyó a establecer la importancia de comprender las contingencias en la vida de un cliente concreto. Lewinsohn y Libet (1972) descubrieron que los individuos depresivos pueden ser más vulnerables a los altibajos de la vida cotidiana. Los individuos con depresión responden también en mayor medida a un estímulo de aversión que los individuos sin depresión. De igual modo que algunas personas tienen una menor tolerancia al dolor físico y se angustian bastante cuando se tuercen el tobillo mientras otras continúan caminando aun teniendo la misma lesión, es probable que los individuos con depresión sean más reactivos ante el dolor en la vida –tanto emocional como físico– que los que no tienen depresión. Lewinsohn (1974) sugirió que la insensibilización ante situaciones que producen aversión podría ser una útil herramienta terapéutica.

Es importante señalar que Lewinsohn y sus colegas (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976) fueron los primeros en incorporar la programación de actividades en el tratamiento conductual que desarrollaron para la depresión. En este enfoque, valoraron la frecuencia y el alcance de los acontecimientos agradables en la vida del cliente. Desarrollaron programas de actividades, dividiendo la semana en segmentos horarios, y pidieron a los clientes que planearan actividades agradables durante la semana. Con el paso del tiempo, los clientes aumentaron el número de actividades y adoptaron las conductas que deseaban o que alguna vez habían adoptado, pero que habían abandonado en el momento en que comenzó su depresión. Lewinsohn y sus colegas desarrollaron también un indicador de auto-informe, el *Cuestionario de sucesos agradables* (*Pleasant Events Schedule* [PES]), para evaluar los acontecimientos placenteros que tienen lugar en la vida de un individuo durante el último mes (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn y Libet, 1972; MacPhillamy y Lewinsohn, 1982). El *Cuestionario de sucesos agradables* enumera trescientos veinte acontecimientos para los que se les pide a los participantes que consideren la frecuencia y hasta qué punto cada acontecimiento era «agradable, placentero o gratificante».

La obra de Lewinsohn ha influido profundamente en el enfoque de la AC que describimos en este libro. Sus investigaciones tanto en

los modelos conductuales de la depresión como en las intervenciones conductuales establecieron las bases sobre las que se construyó la actual AC. En concreto, su énfasis en la importancia que tiene comprender las contingencias del refuerzo ha servido para que nosotros pongamos el acento en el uso de la evaluación conductual para dirigir el plan de tratamiento y el establecimiento de objetivos. Un objetivo general de la AC es ayudar al cliente a activarse de formas que aumenten la probabilidad de que su conducta sea reforzada positivamente. El interés de Lewinsohn en el control aversivo ha servido también para dar forma a nuestra insistencia en ayudar a los clientes a actuar y resolver problemas, para vivir así una vida más rica, incluso en los momentos de sentimientos negativos. Su comprensión del individuo depresivo centrado excesivamente en sí mismo influye en nuestra aproximación al tratamiento del proceso y a la función de la *rumiación depresiva*. Finalmente, las estrategias que Lewinsohn utilizó de manera clínica, tales como la monitorización de actividades semanales y la programación de actividades en curso, son los pilares de la práctica y de los procedimientos de la AC.

Lynn P. Rehm

Aunque el modelo de Rehm sobre la depresión incluía componentes considerados más cognitivos, tales como la atención selectiva a acontecimientos negativos (Fuchs y Rehm, 1977), también fue un modelo claramente conductual. Rehm (1977) enfatizó la importancia del refuerzo en la depresión y propuso un modelo de autocontrol en la depresión así como una terapia para la misma. El modelo de Rehm utilizó la definición de autocontrol de Kanfer (1970) definiéndolo como «aquellos procesos por los que un individuo altera la probabilidad de una respuesta en la relativa ausencia de apoyos externos inmediatos» (Rehm, 1977, pág. 790). El modelo de autocontrol postula un circuito de retroalimentación que consiste en una auto-monitorización, una autoevaluación y un auto-refuerzo. Un ejemplo de auto-monitorización sería el conocimiento en todo momento por parte de un estudiante de la nota media de sus estudios. La autoevaluación es una comparación entre la estimación de la actuación y un

nivel interno. En pocas palabras, el estudiante ha observado que su nota media ha sido de 4,0 y considera que una calificación de 3,5 es un fracaso porque no está a la altura de su nivel. Si, por lo general, cuando el estudiante obtiene 4,0 se premia a sí mismo descargando una serie de canciones favoritas, es posible que no se auto-recompense de la misma forma cuando obtiene una calificación de 3,5. Sin embargo, las comparaciones de las conductas de un individuo se basan en la atribución de que la causa de una conducta es interna, es decir: «Hoy no he trabajado suficiente». La percepción del control interno es necesaria para que el individuo intente realizar un autocontrol de su conducta, es decir: «Puedo hacerlo mejor». Además, el individuo debe ser capaz de auto-reforzarse en relación a conductas que no tienen consecuencias gratificantes de forma inmediata –por ejemplo, el estudiante se premia a sí mismo descargando música, aunque las consecuencias a largo plazo de obtener altas calificaciones sean que dicho estudiante finalice sus estudios con matrícula de honor y aumente sus posibilidades de tener éxito en el futuro.

Según este modelo, podemos explicar la depresión en función de los déficits existentes en la conducta de autocontrol, concretamente en «(1) monitorización selectiva de acontecimientos negativos; (2) monitorización selectiva de las consecuencias inmediatas de la conducta, en oposición a las consecuencias retardadas; (3) estrictos criterios de autoevaluación; (4) atribuciones de responsabilidad poco precisas; (5) auto-recompensa insuficiente; (6) auto-castigo excesivo» (Rehm, 1977, pág. 795). Las personas con depresión prestan atención de manera selectiva a la retroalimentación negativa, y su conducta provoca un refuerzo inmediato a costa del importante refuerzo retardado. Cuando las personas están deprimidas, realizan atribuciones externas de causalidad y establecen estrictos niveles de autoevaluación. Finalmente, según el modelo de autocontrol, la depresión se caracteriza por tasas relativamente bajas de auto-refuerzo y tasas relativamente altas de auto-castigo. El individuo deprimido es más susceptible a las fluctuaciones del estado anímico ocasionadas por acontecimientos externos, que a la auto-recompensa para complementar y mantener una conducta sin reparar en los acontecimientos

externos del entorno. Los déficits en el auto-refuerzo tienen como resultado una reducción del esfuerzo constante y una tendencia a adoptar una conducta que es *inmediatamente* reforzada. Dichos déficits en el esfuerzo constante y en las respuestas a las consecuencias inmediatas pueden estimular altas frecuencias de conductas que funcionan como conductas de evitación, las cuales serán analizadas en los capítulos siguientes. Además, el auto-castigo excesivo puede tener como resultado pensamientos, lenguaje y acciones excesivamente inhibidos, o autoafirmaciones y evaluaciones excesivamente negativas. Los trabajos de Rehm han influido a la hora de ampliar nuestra comprensión sobre la naturaleza del refuerzo y sobre la necesidad de considerar la predilección del cliente por beneficiarse de las recompensas a corto plazo (en oposición a las de largo plazo).

Aaron T. Beck

En el año 1979, Beck y sus colegas publicaron *Cognitive Therapy of Depression* (*Terapia cognitiva de la depresión*, Desclee De Brouwer, Bilbao 2006¹⁷). Este texto y su difusión cambiaron en gran medida el paisaje de la prestación de servicios de salud mental para la depresión. La base empírica para la terapia cognitiva y las terapias cognitivo-conductuales para la depresión ha hecho que las terapias cognitivo-conductuales se conviertan en uno de los tratamientos para la depresión con más base empírica. En esencia, se trata del modelo de referencia para el tratamiento breve para la depresión. En este enfoque de terapia cognitiva, Beck integró las estrategias de la AC en un marco cognitivo más amplio. Aunque esta perspectiva cognitivo-conductual eclipsó a los enfoques puramente conductuales que la precedieron, también sirvió para dar carácter formal a las principales estrategias de la AC y para ponerlas al alcance de la mayoría. De este modo, Beck fomentó el valor de la AC más que muchos de los conductistas puros.

El modelo de Beck de terapia cognitiva para la depresión especifica que el tratamiento debería comenzar con la activación –en concreto con clientes con depresión más grave– antes de la monitorización y modificación de opiniones concretas. Además, las estrategias con-

ductuales se integran de manera óptima durante todo el tratamiento como un medio clave para explorar y evaluar la cognición.

Una de las principales contribuciones de la TC a las estrategias conductuales incluye el modo en que la TC ha formalizado un método de monitorización y planificación de actividades. En la TC, los clientes toman nota de las tareas en un programa de actividades y se les pide que anoten si estas les han aportado una sensación de placer o de dominio (logros). Los terapeutas contribuyen a que los clientes desarrollen una escala de valoración del dominio y del placer. J. S. Beck (1995) aconseja que los clientes desarrollen una escala de valoración de 0 a 10, la identificación de conductas concretas que les aporten una sensación de logro o placer en los distintos polos de la escala y a lo largo del continuo. De esta forma, el cliente puede usar su escala como una guía para valorar cuánto dominio o placer le ha proporcionado una actividad. Por ejemplo, el individuo puede seleccionar «cepillarse los dientes» como actividad que proporciona sensación cero en cuanto a logro o realización, «hacer la cama» puede ser valorado con un «5», y «cortar el césped del jardín» con un «10» en su escala individualizada. Se pueden generar anclajes similares para el placer. Si esto se utiliza como directriz cuando el cliente se embarca en una actividad como limpiar el polvo de los muebles del despacho, el cliente puede comparar el limpiar el polvo con las tres tareas de la escala y determinar si está más cerca de hacer la cama (un «5») o de cortar el césped del jardín (un «10») y valorarla en consecuencia.

Las técnicas conductuales de la TC persiguen siempre el objetivo fundamental de cambiar la forma de pensar de las personas, ya que se considera que el cambio de opinión es esencial para una mejoría duradera en los problemas conductuales o afectivos. Esta es una clara diferencia con respecto a la AC, donde se estimula la actividad con la esperanza de que el cliente entre en contacto con reforzadores positivos que mantendrán o aumentarán una actividad antidepresiva adicional. Tanto la TC como la AC solicitan al cliente que realice experimentos conductuales; sin embargo, en la AC se pide al cliente que lleve a cabo pruebas para evaluar los resultados, la influencia en

el estado anímico, el impacto en los objetivos, etcétera. En la TC se solicita a los clientes que realicen «experimentos» para valorar sus presuposiciones y expectativas depresivas. A pesar de estas diferencias, la evolución de la TC proporcionó una base fundamental en el desarrollo del modelo actual de la AC. Además de la superposición en estrategias concretas, como se ha señalado anteriormente, la AC enfatiza también la estructuración de las sesiones, que es una característica de la TC. Es más probable que los psicoterapeutas no conductuales hagan uso de estrategias de activación, gracias a la obra de Aaron T. Beck y de sus colegas. Todo ello redundaba en beneficio de los clientes con depresión, para quienes los procedimientos sencillos de activación parecen ser un tratamiento necesario en la reducción de los síntomas.

La base de las pruebas empíricas para la AC

El modelo actual de AC fue puesto a prueba de manera rigurosa en un ensayo clínico realizado en la Universidad de Washington (el estudio Seattle). Este estudio adquirió relevancia porque abordó algunas de las limitaciones más importantes del anterior estudio del análisis de componentes. Comparaba la AC no solo con la TC sino también con la medicación antidepresiva. La investigación previa había sugerido que la psicoterapia (en concreto, la TC) no era efectiva en pacientes con depresión de moderada a grave (Elkin et al., 1989). Las directrices del tratamiento que se habían establecido aconsejaban que, aun cuando pacientes con depresión menos grave pudieran beneficiarse de la psicoterapia, los pacientes con depresión de moderada a grave necesitaban medicación antidepresiva para que el tratamiento fuera eficaz (grupo de trabajo de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría para Trastornos Depresivos Graves, 2000). De este modo, el estudio comparaba la AC con la psicoterapia más ampliamente estudiada –la TC– y el estándar actual de atención médica –la farmacoterapia–. En el estudio colaboraron expertos de cada una de las modalidades de tratamiento, asegurando así que fármaco-terapeutas y terapeutas cognitivos muy respetados partici-

paran en la planificación, ejecución y análisis del estudio. A lo largo de todo el estudio, a los defensores de cada tratamiento se les encargó la tarea de supervisar la calidad con la que su tratamiento preferido se estaba llevando a cabo.

En concreto, se comparó la AC con la TC y con la medicación antidepressiva (paroxetina) en el contexto de un ensayo controlado con placebo en 241 adultos con depresión. Los resultados de este estudio provocaron la reflexión. El análisis se centró en el cotejo de tratamientos comparados entre los dos grupos participantes: los pacientes con depresión menos grave y otros con depresión más grave. Los notables resultados de los pacientes que recibieron AC eran comparables con los resultados de los que recibieron medicación antidepressiva, incluso entre los pacientes con depresión más grave. Los pacientes a los que se les asignó la AC tendieron a permanecer en tratamiento durante más tiempo que los pacientes a los que se les asignó farmacoterapia. La AC superó también a la TC en el intenso tratamiento de los pacientes con depresión más grave. No se apreciaron diferencias en los tratamientos de los pacientes con depresión menos grave. Los datos del seguimiento a más largo plazo mostraron indicios de que los beneficios de la AC fueron tan duraderos como los de la TC en lo relativo a la ayuda prestada a los pacientes para prevenir recaídas o futuros episodios de depresión. Los pacientes que habían respondido a la farmacoterapia experimentaron, al retirarles la medicación, más recaídas que los participantes que anteriormente habían experimentado la AC o la TC (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008).

Como todos los estudios, el estudio Seattle no se llevó a cabo sin limitaciones. En una mirada retrospectiva descubrimos que podríamos haber prescrito la medicación antidepressiva de una forma diferente para ayudar a las personas a seguir un tratamiento más largo. También podríamos haber contado con más pacientes para disponer de una muestra más amplia con el fin de poder organizar de manera adecuada todos los análisis estadísticos que eligiéramos. Y, como en cualquier estudio, los resultados deben ser reproducidos de forma exacta en otros lugares por personas distintas. Hay una serie de cuestiones relevantes que intentamos dilucidar con esta investigación. De

este modo, la historia de la AC, con la que hemos comenzado, continúa actualmente. Aunque no hay ningún estudio que pueda responder a todas las cuestiones importantes que se plantean en la investigación, a partir del estudio Seattle hemos aprendido que la AC es una herramienta muy prometedora en el tratamiento de la depresión. Además, nuestro entusiasmo ante los resultados obtenidos se ve reforzado por otras líneas de resultados convergentes.

Tratamientos de activación afines para la depresión

La teoría y la conceptualización de la AC están encontrando apoyo en otras intervenciones afines para la depresión basadas en la activación. Muchos de los conceptos centrales de la AC, como la activación, la programación de actividades y la participación en la resolución de problemas más que la rumiación pasiva, adquieren también gran trascendencia para estos enfoques afines. Los resultados que los avalan han influido en nuestras ideas sobre la AC y han proporcionado un apoyo independiente para los principios centrales del planteamiento de la AC para la depresión.

Breve tratamiento de activación conductual para la depresión

Al mismo tiempo que se estaba realizando el estudio Seattle, Carl Lejuez y sus colegas (Lejuez, Hopko, LePage y McNeil, 2001) dirigían una línea similar de investigación a la que denominaron tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD), independiente de la investigación que se estaba llevando a cabo en Washington. En varios estudios breves, estos autores también han descubierto que la activación de clientes con depresión es un tratamiento eficaz para estos pacientes cuando se hallan hospitalizados (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003), en pacientes con cáncer y depresión (Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez, 2005) y en clientes con depresión y ansiedad coexistentes (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004). Estos investigadores han utilizado un breve formulario de activación que consiste exclusivamente en la monitorización y planificación de las

actividades. Se pide a los clientes que elaboren una lista con los objetivos de las actividades para la semana y a continuación que anoten día a día si han intentado realizar la actividad o no, y si han logrado el objetivo propuesto. Este enfoque es altamente compatible con la AC y una vez más nos proporciona una línea convergente de pruebas que avalan la importancia de la activación en clientes con depresión.

Terapia de resolución de problemas

La resolución de problemas es uno de los pilares de la AC que cuenta con una serie de pruebas que la convierten en uno de los tratamientos para la depresión (Gotlib y Asarnow, 1979; Nezu, 1987). Los enfoques de resolución de problemas consideran, en su mayor parte, al cliente de manera individual, definen los problemas que experimenta el sujeto, establecen los objetivos del tratamiento y, a continuación, aplican técnicas terapéuticas de base empírica en el tratamiento de varios problemas o déficits de habilidades (Biglan y Dow, 1981). La terapia de resolución de problemas ha resultado ser también un tratamiento eficaz para tratar la depresión en los centros de atención primaria, pudiendo ser administrada por psiquiatras cualificados, enfermeras de psiquiatría o médicos de medicina general (Mynors-Wallis, Gath, Davies, Gray y Barbour, 1997).

Semejanzas con las terapias conductuales más recientes

La AC se ha desarrollado en un periodo en que las terapias cognitivo-conductuales están experimentando una transformación. El interés por los enfoques puramente conductuales está aumentando, y las ideas se tratan de forma diferente de como lo hacían las primeras terapias cognitivas propuestas por Beck y otros. Algunas nuevas terapias establecen un centro de interés muy coherente con la AC. Las pruebas acumuladas por estos enfoques se suman al peso de unos datos que sugieren que la activación es una pieza clave en el proceso clínico de cambio, y que la AC representa parte de un cambio más amplio que consiste en un retorno a las raíces conductuales que han sido subestimadas en las dos últimas décadas.

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) se desarrolló para el tratamiento de clientes con tendencias altamente suicidas a los que se les diagnosticaba trastorno límite de la personalidad [TLP] (Linehan, 1993). La terapia está constituida por varias habilidades que se enseñan a los clientes para ayudarles a regular su estado anímico. Una de las habilidades principales de la TCD es la denominada «acción opuesta», en la que se prepara a los clientes para actuar de forma contraria a las acciones impulsivas ligadas a las emociones que desean cambiar. Por ejemplo, una persona que se enfurece con un empleado de un garaje por ser lento y que tiene un fuerte deseo de soltar palabrotas, puede actuar del modo contrario, sonriendo y diciendo en un tono cálido y agradable: «Gracias, que tenga un buen día». La AC es, en muchos sentidos, una «acción opuesta» para la depresión. El impulso en la depresión a menudo es no actuar, huir o evitar; la activación es contraria a ese impulso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), desarrollada por Hayes y sus colegas, es otro de los enfoques que cuenta con un apoyo acumulativo que comparte objetivos de tratamiento similares a los de la AC (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En concreto, la TAC destaca el hecho de que el cliente rompa los patrones de la evitación experiencial y se comprometa a realizar una acción que le ayude a llevar una vida que él mismo valore. Este interés por los valores fue minusvalorado cuando los autores de este libro escribimos el manual original de la AC (Martell et al., 2001), pero es una idea útil que podemos incorporar en el tratamiento de clientes. En una de las primeras versiones de la TAC, Zettle y Rains (1987) evaluaron el *distanciamiento comprensivo* (DC) frente a la TC. El DC se centró en liberar los esfuerzos para cambiar los pensamientos negativos y actuar de forma eficaz incluso en presencia de pensamientos negativos. Steele y Rains (1987) presentaron pruebas de las prometedoras posibilidades del DC.

David H. Barlow, considerado uno de los psicólogos más influyentes de finales del siglo XX, ha señalado semejanzas en los tratamientos existentes en varios trastornos (Barlow, Allen y Choate, 2004). Barlow y sus colegas (2004) señalaron que una estrategia común utilizada en

varios tratamientos es la modificación de las tendencias de acción en respuesta a la falta de regulación emocional. Estos autores afirman:

«A la hora de modificar las tendencias de la acción conductual dirigidas por emociones fundamentales, el primer paso es provocar emociones en la medida de lo posible... La adopción de estrategias que fomenten la experimentación de emociones sin participar en las tendencias de acción asociadas (aceptar la emoción) es una estrategia fundamental en este sentido. Cuando se aplica a trastornos concretos, la activación emocional y conductual, especialmente en contextos situacionales, se convierte en una herramienta especialmente poderosa» (págs. 223-224).

Barlow y sus colegas ponen de relieve el valor de un enfoque «unificado» para el tratamiento de problemas relacionados con el estado anímico y con la ansiedad. Es posible que la AC sea un componente esencial en el abanico de tratamientos eficaces y, como tal, puede tener valor como enfoque transdiagnóstico. Sin embargo, en estos momentos dichas posibilidades son puramente especulativas y necesitan una rigurosa investigación para analizar las posibilidades y limitaciones potenciales de la AC en el abanico de problemas que hoy se nos presentan.

Resumen

La historia de la AC continúa su curso. El desarrollo inicial de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales para la depresión sigue influyendo en la investigación actual. Nuestro retorno a los principios básicos conductuales para desarrollar un tratamiento sencillo para la depresión que dé respuesta a la existencia problemática contra la que luchan muchos clientes con depresión, ha formado parte de un resurgimiento más amplio de los tratamientos conductuales. La AC es coherente con otras intervenciones conductuales desarrolladas recientemente, al tiempo que siguen evolucionando los campos de la terapia conductual y de la Terapia Conductual Dialéctica

(TCD). Tras haber recorrido la historia de la evolución de la AC, las pruebas que avalan su utilización y el modo en que encaja en el gran proyecto de la terapia conductual contemporánea, en estos momentos estamos preparados para dirigirnos a los principios y las estrategias fundamentales de la AC.

2

Los principios fundamentales de la activación conductual

«[Las personas] adquieren una cualidad concreta actuando constantemente de un modo determinado... Nos volvemos justos realizando actos de justicia; templados, realizando actos de templanza; valientes, realizando actos de valentía».

Aristóteles (384-322 a.C.)

Alicia temía levantarse de la cama cada mañana desde que fue despedida de su trabajo como programadora. Ella sabía que los despidos eran algo habitual, pero al mismo tiempo se culpaba a sí misma por haber desafiado a su jefe en demasiadas ocasiones y por haber hablado en las reuniones cuando no era su turno. Con su subsidio de desempleo como único ingreso, al principio se le hacía más difícil llegar a fin de mes. Tener que mantenerse con una cantidad tan pequeña de dinero le obligó a vender su vivienda y a vivir en un piso alquilado más pequeño. Alicia creía que tendría más energía y esperanzas una vez que encontrara el trabajo adecuado; sin embargo, ese trabajo nunca llegaba. Durante ocho meses buscó otro puesto como programadora antes de decidirse por un trabajo temporal actualizando páginas web para una pequeña empresa. El

puesto no estaba bien remunerado y las tareas pronto llegaron a aburrirla. Su supervisor parecía mostrar escaso interés por el trabajo o por la agenda de Alicia, y apenas tuvo consecuencias el hecho de que llegara al trabajo con un retraso de dos horas; por eso, ella comenzó a quedarse en la cama.

El aburrimiento que le producía su trabajo no era el único problema. Alicia también estaba sufriendo una gran preocupación y ansiedad. Había experimentado estas sensaciones antes de ser despedida; de hecho, antes de que esto ocurriera, había faltado a veces al trabajo después de haber pasado la noche en vela por causa de las preocupaciones. Eran más las noches de desasosiego que las que pasaba tranquila y sus zozobras se centraban en lo mal que se sentía, en si llegaría a fin de mes y en si tendría éxito en la vida. Sin embargo, lo que más le preocupaba era hasta qué punto su estado de ánimo minaba sus relaciones.

Es probable que los elementos del caso de Alicia resulten conocidos para la mayoría de los lectores que han trabajado con personas con depresión. Utilizaremos este ejemplo a lo largo de todo este libro para ilustrar los puntos clave de la AC y para poner de relieve cómo funcionan la conceptualización y las intervenciones de la AC. A medida que describamos el caso de Alicia, podréis seguir la evolución de su tratamiento con su terapeuta de AC.

Los cambios en la vida de Alicia se multiplicaron y su estado de ánimo empeoró cuando comenzó a desconectar de las personas y de las actividades que solían aportar alegría y estímulo a su vida. Desde que se trasladó a un apartamento más pequeño, también dejó de invitar a sus amigos para que la visitaran. Se sentía incómoda por el tamaño de su vivienda y por la construcción barata del edificio. Su vecindario era seguro, pero se encontraba en una zona poco deseable de la ciudad de la que tanto ella como sus amigos solían reírse y a la que llamaban «la pista», ya que se encontraba cerca del aeropuerto. Alicia había vivido en ese mismo barrio durante un año, después de terminar los estudios universitarios, soñando que jamás volvería allí en su vida, a las pequeñas y sombrías viviendas que parecían moteles reformados. Por eso, Alicia no invitaba a sus ami-

gos, y rara vez les visitaba, ya que tenía pavor a la inevitable conversación sobre el trabajo. El hecho de tener envidia de la buena suerte de sus familiares también le hacía sentirse mal y, así, era más fácil para ella evitar cualquier tipo de contacto. Desgraciadamente, algunos de sus amigos tomaron el distanciamiento de Alicia como un agravio personal después de que esta no acudiera a tres o cuatro eventos; estos amigos ya no la llamaban. Ella les echaba de menos, pero no era capaz de armarse de valor para llamar y explicarles su comportamiento.

Alicia consideró que el aparente rechazo por parte de sus amigos era intolerable, ya que contaba con un largo historial de problemas familiares, que finalmente fue la causa de que su madre la echara de casa a patadas dos meses después de cumplir los diecisiete años. Se fue a vivir con sus amigos y estuvo sin hablar con su madre durante más de tres años. Alicia describió esta situación como un periodo de su vida muy triste y «angustioso».

Aunque hay muchos caminos que conducen a la depresión, no es difícil descubrir que las cosas que le sucedieron a Alicia son comunes en las vidas de los clientes con depresión. De hecho, Alicia estaba deprimida y cumplía los criterios de un trastorno depresivo grave. Su médico le sugirió que tomara medicación antidepresiva como tratamiento para la depresión y la ansiedad. «¡Estupendo! Ahora estoy loca y sin un céntimo», pensaba. Cuando se negó de forma radical a tomar «la medicina del loco», su médico le pidió que por lo menos visitara alguna vez a un psicoterapeuta. Sin seguro médico, el coste de cualquier tratamiento parecía prohibitivo. Con todo, ella accedió a visitar a un terapeuta, siempre y cuando fueran pocas sesiones. El médico envió a Alicia a la consulta de una doctora conocida por su pericia en terapias breves.

A Alicia le sorprendió el modo en que la terapeuta interactuó con ella en la primera sesión. Esperaba que la mujer se sentara cómodamente en silencio y que asintiera con la cabeza mientras ella contaba la historia de su vida. En cambio, Beth, la terapeuta, le preguntó acerca de sus hábitos de sueño y alimenticios, sobre su estado anímico, el nivel de disfrute de sus actividades, el consumo de alcohol

o drogas y sus interacciones sociales. Beth también centró sus preguntas en cómo era la vida de Alicia antes de la crisis laboral. ¿Qué planes tenía para su vida? ¿Cómo esperaba que fueran las cosas en aquellos momentos?

Responder a estas preguntas fue doloroso. Lo que Alicia había deseado era vender su piso y comprar una casa, no vender su piso y alquilar un pésimo apartamento. Pensaba que podría salir con alguien, en lugar de aferrarse únicamente a un puñado de amigos que seguían siendo muy fieles a ella. Cuando Beth señaló a Alicia lo poco gratificante que era su vida, esta última estuvo totalmente de acuerdo. Beth también explicó que las sensaciones de tristeza, cansancio y desesperanza eran naturales y a menudo se experimentan cuando la vida es poco gratificante. Explicó que estas sensaciones solían seguir a periodos de ansiedad y preocupación, y que sin duda eran comprensibles después de perder un buen trabajo. Beth también dijo que quedarse en la cama en realidad tenía sentido cuando se experimentan estas sensaciones. Alicia sentía curiosidad. A menudo se decía a sí misma (y escuchaba en un consejo compartido por los miembros de su familia) que su comportamiento no tenía ningún sentido. Si estaba pasando por un momento difícil –se preguntaba a sí misma–, ¿por qué no esforzarse un poco más en vez de quedarse en la cama toda la mañana? Conseguir un nuevo trabajo no puede ser tan difícil –se decía a sí misma infinitas veces al cabo del día.

Beth propuso la AC como plan de tratamiento. «El objetivo es que te vuelvas a comprometer en actividades que anteriormente te aportaron placer y satisfacción, aunque las circunstancias de tu vida hayan cambiado», explicó Beth. «Esto también puede ayudarte a resolver las situaciones preocupantes que ves que te quitan el sueño». Alicia pensó: «No puedo imaginarme a mí misma sintiendo tanto placer y satisfacción por algo, y tampoco puedo imaginarme a mí misma sin preocuparme por todo ello». Cuando Beth le preguntó si estaba dispuesta a probar seis sesiones para evaluar si este método le resultaba útil, antes de embarcarse en un tratamiento más largo, Alicia respondió que no tenía nada que perder por intentarlo.

Introducción

Beth, la terapeuta de Alicia, presentó los conceptos básicos de la terapia conductual para la depresión. Las intervenciones de la AC han sido durante décadas un componente esencial de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales para la depresión. En los últimos años, la AC ha conseguido ser objeto de una atención cada vez mayor como tratamiento autónomo en la depresión. ¿Qué explica este creciente interés por la AC? Como hemos analizado en el capítulo 1, hay dos posibles explicaciones. En primer lugar, los principios que subyacen a la AC son simples y los procedimientos de tratamiento utilizados en la AC son sencillos. En segundo lugar, los estudios empíricos realizados hasta la fecha sugieren que la AC funciona.

Este libro ha sido pensado con el fin de daros la información que necesitáis para poner en práctica la AC con los clientes depresivos a los que tratáis. Mientras que otros manuales publicados abordan el trasfondo teórico y el modelo conceptual de la AC (Martell et al., 2001), nosotros nos centramos en la identificación de los principios fundamentales y en su puesta en práctica. En primer lugar, analizaremos cómo el terapeuta de AC estructura la terapia y el estilo general del terapeuta de AC. A continuación analizaremos el modo de identificar los objetivos primarios del tratamiento de la AC mediante la utilización de la valoración conductual y el desarrollo de la conceptualización de un caso. Después retomaremos los procedimientos principales del tratamiento relevantes para la activación creciente, la evitación decreciente y la referencia al pensamiento rumiativo. Nuestro objetivo es proporcionar una guía exhaustiva para la variedad de técnicas que ayudan a los clientes a tomar la iniciativa y las riendas de sus vidas.

Analizaremos estas técnicas en el contexto de nuestro trabajo con clientes concretos en estudios de investigación y en escenarios clínicos reales. También recurriremos a la historia de la terapia conductual y al fundamento científico de la investigación clínica y de otras áreas afines a la psicología, para orientar así al lector hacia la base empírica de este tratamiento. La posesión de un sólido conocimiento de esta reali-

dad empírica puede ayudaros, como científicos y clínicos, a comprender el tratamiento y a explicárselo a vuestros clientes. Finalmente, esperamos que este libro os ayude a conceptualizar los problemas de los clientes a los que atendéis, a desarrollar programas de tratamiento y a poner en práctica estrategias del modo más efectivo posible.

¿Qué es la AC para la depresión?

La AC es un tratamiento breve y estructurado para la depresión que tiene como objetivo la activación de los clientes de modos específicos que aumentará las experiencias gratificantes en sus vidas. Todas las técnicas de la AC son utilizadas al servicio del objetivo fundamental de aumentar la activación y el compromiso en el mundo del individuo. Para alcanzar esta meta, la AC se centra también en los procesos que reprimen la activación, tales como las conductas de huida y evitación. La AC se basa en la premisa de que los problemas en las vidas de individuos vulnerables reducen la capacidad de estos de experimentar la recompensa positiva de sus entornos, y desencadenan los síntomas y las conductas que clasificamos como depresión. Para aliviar la depresión, la AC supone que se ha de ayudar a los clientes a la hora de adoptar una conducta que en último término considerarán placentera o productiva, o que mejorará sus situaciones vitales de tal modo que proporcionen recompensas mayores. Las sesiones de la AC están orientadas a la acción y se centran en la resolución de problemas. De hecho, la mayoría del trabajo terapéutico tiene lugar fuera del consultorio del terapeuta. Cada semana, los terapeutas y los clientes trabajan juntos para elaborar las tareas de activación que serán completadas entre las sesiones y para suprimir cualquier barrera que pueda surgir y que impida la activación.

Dentro de este marco estructurado, la AC está altamente individualizada. Al principio de la terapia, el cliente y el terapeuta trabajan juntos para identificar los patrones de conducta relacionados con la depresión. Estos patrones pueden variar sustancialmente dependiendo del cliente. En este libro, el lector aprenderá a identificar estos

patrones y a utilizar este conocimiento para desarrollar programas de activación efectivos conformes con ellos. Por ejemplo, algunos clientes pasan el tiempo adoptando conductas pasivas: dormir en exceso, ver la televisión o beber, que les ayudan a atenuar las sensaciones negativas. Otros clientes son muy activos y no tienen dificultad para realizar las tareas diarias; sin embargo, consideran que se hallan atrapados en un ciclo infinito de pensamiento rumiativo y experimentan un escaso placer en las actividades en que se implican. Sobre la base del análisis de patrones concretos de conducta, se identifica un número selecto de objetivos de tratamiento; las sesiones siguientes se centran en el proceso de cambio de la conducta en esas áreas.

Como la AC se adapta a las necesidades individuales de cada cliente, se puede abordar un amplio abanico de objetivos de tratamiento. Por ejemplo, un proceso con éxito de AC con un individuo pretendía aumentar el tiempo que este pasaba con sus hijos y su grado de dedicación cuando se encontraba con ellos. Así, el centro de activación de esta persona estaba estructurando su tiempo en torno al cuidado de los hijos y a la forma de aprender a centrar su atención lejos de los pensamientos rumiativos y en la experiencia de la paternidad. A una mujer que buscaba tratamiento de AC se le ayudó a que aprendiera a permitir que los sentimientos negativos estuvieran presentes y, más concretamente, a hacer duelo por una relación perdida que había sido muy importante para ella. De este modo, su activación estaba enseñándole a abordar su tristeza y a dar pasos encaminados a reiniciar antiguas relaciones y a construir otras nuevas en su vida. Otra cliente empezó a dar pasos para buscar un nuevo trabajo actualizando su currículum vitae, llamando a antiguos colegas para preguntar por ofertas de trabajo y ensayando entrevistas de trabajo. Durante este tiempo comenzó también un programa de ejercicios y se despertaba cada mañana a la misma hora.

Los diez principios fundamentales de la AC

Es evidente que existen muchas formas en que los clientes pueden beneficiarse de la AC. Sin embargo, lo que unifica los diferentes

procesos de tratamiento es un centro de interés constante en activarse y afrontar la vida por parte del individuo. La terapia se centra en entender qué patrones mantienen la depresión y qué áreas de cambio mejorarán probablemente el estado anímico del cliente, para pasar a continuación, de manera repetida y persistente, a realizar cambios en esas áreas. Dentro de esta estructura básica, el terapeuta de AC se guía por un conjunto de principios sencillos (véase la Tabla 2.1).

Tabla 2.1. Los diez principios fundamentales de la activación conductual

Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.

Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

Principio 7. Actuar como un entrenador.

Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.

Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!

Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.

Por regla general, las personas no actúan hasta que sienten una compulsión interior, o al menos una inclinación para realizar algo concreto. Cuando pueden elegir libremente las actividades del fin de semana, algunas personas van al cine porque les apetece, ven la televisión porque no están motivadas para hacer nada más, o escalan una montaña porque tienen deseo de vivir una aventura. Denominamos a esto actuar «de dentro afuera», ya que la motivación para implicarse en una actividad se origina desde dentro. Sin embargo, la mayor parte de nuestras rutinas diarias incluyen actividades para las que tenemos pocas posibilidades de elección, como, por ejemplo, ir a trabajar cada mañana, cuidar de la familia o las responsabilidades del hogar. Cuando las personas no están deprimidas, por lo general realizan estas tareas sin tener en cuenta si les apetece o no. En una mañana fría y gris, por ejemplo, puede que uno no se sienta motivado para vestirse e ir a trabajar, pero hace las tareas necesarias y va a trabajar. Una vez que se encuentra en el trabajo, a menudo experimenta una sensación de interés y rinde. A esto lo denominamos actuar «de fuera adentro»: uno se embarca en una actividad y después vienen los sentimientos (Martell et al., 2001). Cuando se presentó esta idea en un reciente taller de trabajo, un participante la describió como el enfoque del «campo de los sueños» para el cambio: construye una vida rica y gratificante, y los sentimientos positivos llegarán.

Principio 2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas.

La AC se basa en determinados supuestos sobre lo que puede mantener a las personas en la depresión y sobre lo que puede ayudar a los individuos a encaminarse hacia unas vidas más satisfactorias y gratificantes. En concreto, en la AC nos centramos en las formas concretas en que los acontecimientos de la vida (que abarcan desde los problemas diarios y factores estresantes menores en curso hasta los cambios

vitales de mayor envergadura) pueden llevar a una disminución del refuerzo positivo o a un aumento del castigo que puede dar como resultado una disforia general y una huida de las actividades normales. Se puede considerar que estas dificultades son los problemas principales en la vida del cliente. Las condiciones de vida pobres, las relaciones infelices, los malos empleos y las decepciones que se producen son ejemplos de tipos de problemas que pueden derivar en bajos niveles de refuerzo positivo o en altos niveles de castigo. Sin embargo, lo que a menudo sucede es que las personas responden a estos importantes problemas con conductas que pueden bloquearlas. Cuando un individuo deja de embarcarse en actividades que una vez fueron agradables, cuando opta por huir o adopta conductas de evitación, o cuando responde la mayoría de las veces a conductas que producen un alivio inmediato de la irritación a pesar de las futuras consecuencias adversas, dichas acciones se convierten en problemas secundarios en sí mismos (Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001). Es fácil verse atrapado en un ciclo continuo formado por estos elementos: la persona se siente deprimida, se aparta de la realidad que la rodea y hace menos cosas y, como consecuencia de ello, se siente más deprimida. Por lo tanto, la depresión se mantiene cuando las personas evitan fuentes potenciales de refuerzos antidepresivos en sus vidas porque experimentan dicho contacto como algo demasiado desafiante o amenazador a corto plazo. Dicha evitación proporciona un alivio a corto plazo, pero mantiene la depresión a largo plazo, porque no se experimentan recompensas y porque los factores estresantes en la vida empeoran con el tiempo.

Al principio de la terapia, los terapeutas de AC presentan a los clientes una conceptualización de la depresión utilizando el Principio 2. Algunos clientes tendrán ideas preconcebidas y cuestiones sobre su depresión que estarán basadas en otras explicaciones y en informaciones que han oído. Puede que los terapeutas tengan en cuenta que no se supone que los principios de la AC reemplazan a otros modelos de depresión, como los modelos cognitivos, interpersonales o biológicos. Existen estudios bien fundamentados sobre investigación clínica que abogan por tratamientos basados en dichos modelos (por ejemplo, Hollon, Thase y Markowitz, 2002), y es pru-

dente que el terapeuta de AC esté informado sobre estos enfoques para hablar de ellos con los clientes. Puede que la conceptualización de la AC y las estrategias de tratamiento no se apliquen a todos los clientes o puede que el cliente desee considerar otras opciones.

A menudo los clientes sentirán curiosidad en concreto por el uso de medicación. La conceptualización de la AC sobre la depresión reconoce que los factores bioquímicos o la transmisión familiar pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión, y que los cambios biológicos son un componente esencial de la fenomenología de la depresión. Al mismo tiempo, existen múltiples formas de atenuar la depresión y de minimizar el riesgo de futuros episodios depresivos. La conceptualización de la AC, aunque está sólidamente basada en el modelo conductual, es principalmente una herramienta clínica. A menudo decimos a los clientes que el objetivo de la AC es encontrar los ingredientes exactos para un «antidepresivo conductual» que influya en su estado de ánimo con tanta eficacia como un «antidepresivo farmacéutico». También describimos los datos que avalan la AC, destacando investigaciones como el estudio Seattle del que hemos hablado en el capítulo 1 y que establecía que los trabajos sobre AC funcionan tan bien como la medicación y, sin embargo, evitan los efectos secundarios adversos que son comunes a los medicamentos antidepresivos. A diferencia de la medicación, la AC nos enseña también habilidades que pueden aportarnos una protección más duradera contra la depresión.

Tal vez otros clientes sientan curiosidad por las semejanzas y diferencias entre la AC y la terapia cognitiva. Normalmente explicamos a los clientes que los dos enfoques comparten una estructura parecida, pero que enfatizan diferentes métodos para cambiar la depresión. Uno de nosotros (S. D.) ofreció en cierta ocasión una detallada explicación sobre estas diferencias a un cliente, quien respondió inmediatamente: «Entonces, ¿afirma usted que los terapeutas cognitivos creen que la cabeza enseña a las manos, mientras que el enfoque de la AC presupone que las manos enseñan a la cabeza?». Pensamos que esta es una recapitulación perfecta de las diferencias básicas entre los dos enfoques, y a menudo la compartimos con otros clientes que formulan preguntas sobre la terapia cognitiva.

Principio 3. Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente.

A menudo, los clientes empiezan el tratamiento sintiéndose desmoralizados y desesperanzados ante la perspectiva de encontrar alivio para su depresión. La tarea del terapeuta de AC es que el cliente participe en un meticuloso y detallado examen sobre qué conductas están asociadas a su estado de depresión y qué sucede antes y después de que estas conductas tengan lugar. Es en estos exámenes donde podemos encontrar la salida de la depresión. El dilema de Alicia es un buen ejemplo. Después de que Alicia perdiera el trabajo con el que tanto había disfrutado, comenzó a experimentar desilusión en otras facetas de su vida. Alicia tenía un perro pequeño que durante mucho tiempo había sido para ella el centro de atención en casa. Tenía la costumbre de llevarlo a pasear temprano por la mañana antes de ir a trabajar y a última hora de la tarde. Durante el periodo de desempleo, llevaba al perro al parque a última hora de la mañana y veía a muchas madres con sus niños en el parque donde paseaba. Se sentía sola y fuera de lugar y, como le resultaba muy duro levantarse temprano por la mañana, dejó de pasear al perro y de salir a primera hora de la mañana. Una mañana logró salir pronto y sintió una gran ansiedad cuando vio a la gente corriendo, y pensó que eran personas con un buen empleo que habían salido a correr antes de ir a trabajar. También se sintió agotada y malhumorada porque no había dormido bien. Se sentía irritada con su perro y abrevió el breve paseo después de que su perro tirara de la correa demasiadas veces. Alicia decidió no pasear más a primera hora de la mañana. Había dejado de adoptar una conducta que anteriormente había sido gratificante para ella.

Alicia también engordó siete kilos y dejó de estar en forma. Pensaba en sacar a pasear al perro, y a continuación hablaba consigo misma sobre la posibilidad de salir. Pasaba la mayor parte del tiempo distraída con juegos de ordenador o leyendo, aunque sabía que lo que realmente necesitaba era encontrar trabajo. Cuando aceptó el empleo temporal y menos remunerado y se trasladó a un piso más

pequeño, no solo se sintió culpable por dejar encerrado a su perro, sino que además su culpa contribuyó a evitar a sus amigos. Suponía que la juzgarían por cuidar tan mal de su perro y este sentimiento incluso hizo más difícil que llamara a sus amigos. En el pasado había protestado contra aquellos que no sacaban a pasear a sus perros y en este momento ella estaba haciendo precisamente aquello por lo que había juzgado con dureza a los demás. Su depresión y su evitación la llevaron a estar cada vez más aislada, a estar cada vez más irritable y agobiada la mayor parte del tiempo. De hecho, había empezado a experimentar a altas horas de la madrugada una intensa ansiedad que la mantenía despierta y sentía náuseas durante al menos una hora. Se tendía en la cama con el temor de que la mejor parte de su vida hubiera pasado y de que nunca vería el éxito de nuevo.

Los acontecimientos vitales de la pérdida del trabajo y el traslado a un piso más pequeño tuvieron un efecto negativo en Alicia, ya que su vida era menos gratificante. Los patrones que se produjeron a continuación de estos importantes acontecimientos vitales ofrecían varias pistas relevantes sobre posibles conductas antidepresivas y depresivas. El hecho de no sacar a pasear al perro fue el antecedente del pensamiento rumiativo y el sentimiento de culpabilidad, y Alicia posteriormente evitó a los amigos. El aislamiento fue el precursor de una sensación de irritabilidad y agobio causada por la preocupación, y ello la mantenía despierta por la noche. Por ello se quedaba en la cama por la mañana o se distraía con juegos de ordenador. El hecho de pasear al perro cuando estaba cansada hacía que se irritara con él y esto, a su vez, hacía que se sintiera culpable, con lo que disminuían las posibilidades de sacarlo a pasear e incluso de llamar a sus amigos. Este ciclo sugería que abordar la conducta de evitación hacia los amigos, jugar pasivamente con juegos de ordenador en vez de afrontar las situaciones que le provocaban ansiedad, y pasear a su perro, eran todas conductas importantes que podían transformarse en antidepresivas cuando Alicia se sometió al programa de cambio de conducta. Los terapeutas de AC utilizan tablas de monitorización de actividades para entender la conducta de los clientes y las conexiones entre sus conductas y sus estados anímicos.

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

Actuar «de dentro afuera» funciona bien en muchas situaciones, pero no es una estrategia efectiva cuando el individuo está deprimido. Para muchas personas, el sentimiento principal cuando están deprimidas es el sentimiento de no querer hacer nada en absoluto. Cuando preguntamos a un cliente de AC qué le había interesado hacer últimamente, este respondió con claridad: «¡Lo único que quiero hacer cuando estoy deprimido es *no hacer nada!*!». El problema radica en que el hecho de hacer menos cosas cuando se está deprimido provoca a su vez que la persona quiera hacer menos aún, pudiendo desembocar fácilmente en un círculo vicioso. Con el paso del tiempo, no solo la motivación y la energía de la persona disminuyen sobremedida, sino que además las exigencias de su vida se hacen más estresantes.

Los terapeutas de AC animan a las personas a comenzar a actuar «de fuera adentro». Pedimos a las personas que experimenten actuando según un objetivo, en lugar de actuar en función de un estado anímico. Embarcarse en actividades que una vez nos proporcionaron placer o sensación de logro, o bien en una tarea que soluciona problemas, puede mejorar el estado anímico y con el tiempo reducir los factores estresantes de la vida. Una parte esencial de la AC es empezar a actuar, incluso cuando el ánimo y la motivación sean bajos, en vez de esperar a que el estado anímico del individuo mejore antes de embarcarse en la actividad.

Durante toda la AC se utiliza alguna forma de estructuración y de programación de actividades para avalar la actuación «de fuera adentro». Estas estrategias pueden realizarse creando determinadas programaciones de tareas, divididas en componentes menores y destinadas a momentos y lugares concretos. También pueden ser realizadas identificando una o dos actividades y recibiendo el compromiso del cliente para realizarlas en un momento concreto de la semana. La estructuración y la programación de la actividad es la columna vertebral de la AC y todas las demás estrategias se unen a estos importantes principios básicos.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Tanto clientes como terapeutas pueden tener demasiadas expectativas y para un espacio de tiempo demasiado corto. El cambio es difícil para muchas personas, incluso en los mejores estados anímicos y en los mejores momentos. Cuando una persona está deprimida, especialmente si hay sentimientos asociados de desesperanza, el cambio de la conducta del individuo puede ser una lucha tremenda. Muchos clientes experimentan la posibilidad de cambio como algo agobiante; otros experimentan frustración si los cambios no son completos al 100%. Al igual que los terapeutas cognitivos identifican el pensamiento del «todo o nada», nosotros también consideramos la conducta «todo o nada». A veces, nuestros clientes hablan sobre el enfoque de conducta *Nike* y se reprenden a sí mismos por su fracaso en el «¡Simplemente, hazlo!». El tratamiento de la AC se basa en ayudar a los clientes a realizar cambios adoptando un enfoque paso a paso. Una tarea de un terapeuta eficaz de AC es descomponer cualquier conducta en sus elementos más pequeños o «elementos de conducta». De la misma manera, un peligro potencial para el terapeuta es no poder reconocer cuándo sus clientes aceptan demasiados retos demasiado pronto, lo cual puede causar más desánimo y desesperación.

De hecho, parte del arte de la AC reside en la búsqueda del lugar correcto para aportar estímulo y el lugar adecuado para contenerse. Por ejemplo, un cliente que había sido corredor de maratón antes de experimentar una depresión, hablaba de su intención de hacer ejercicio y de la expectativa de que esto mejoraría su estado anímico. El terapeuta apoyó totalmente este plan. Cuando el cliente comenzó a hablar de comenzar con carreras de cuarenta y cinco minutos unos días a la semana, el terapeuta, sin embargo, interpuso una nota de precaución. Juntos, el terapeuta y el cliente trabajaron para descomponer este ambicioso objetivo en las partes que lo componen, centrándose en lo que podría hacer que el cliente tuviera un comienzo eficaz sin aumentar de forma inadvertida el riesgo de desesperanza y desánimo. Decidieron que antes de la siguiente sesión el cliente comenzaría comprando unas zapatillas de atletismo y un pantalón

corto. De este modo, las tareas deben ser divididas en las partes que las componen y cada parte debe ser abordada de forma satisfactoria antes de pasar a la siguiente.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

El objetivo principal de la modificación de las conductas en la AC es ayudar a los clientes a implicarse en la vida de tal modo que aumente la probabilidad de que las conductas antidepresivas sean reforzadas de forma natural por el entorno que los rodea. Los conductistas analizan a menudo las diferencias entre lo que han denominado refuerzo «natural» frente a refuerzo «arbitrario». En la AC, el énfasis recae en sacar el máximo partido a las oportunidades para el refuerzo natural de la conducta no depresiva, pero los reforzadores arbitrarios son también utilizados de vez en cuando. Por ejemplo, en una terapia, un cliente que ha evitado el contacto social durante la depresión, comienza a conversar de nuevo con otros trabajadores. Cuando otro trabajador sonríe y expresa interés por la comunicación del cliente, este último continúa la conversación y, de este modo, recibe el refuerzo natural de su entorno. Las conductas del compañero de trabajo son reforzadores naturales en la medida en que siguen de forma natural a la conducta del cliente. Por el contrario, si uno se premia a sí mismo con un caramelo después de haber pasado una hora realizando las labores domésticas, esto constituye un reforzador arbitrario, un refuerzo que no está vinculado de forma natural a la recompensa inmediata del entorno (a diferencia de una casa limpia y de una sensación de cumplimiento, que son en dicho caso posibles recompensas naturales).

Sin embargo, a veces también es importante que los clientes de AC aprendan a auto-reforzarse por su conducta cuando logran objetivos a corto plazo, dado que no todas las conductas se ven reforzadas de forma inmediata y no todos los entornos son benévolos. De hecho, a menudo, cuando los clientes comienzan la activación, el entorno les castiga. Por ejemplo, los intentos iniciales del cliente para conversar con otros trabajadores pueden encontrarse con el rechazo, dado el estilo previamente retraído del cliente. En dichos casos, el

cliente necesitaría auto-reforzarse para pasar a la acción a pesar de las inmediatas consecuencias aversivas. La dieta en la alimentación es una conducta en la que las actividades iniciales pueden ir acompañadas de consecuencias que son percibidas como un castigo. A menudo, el individuo experimenta solo un cambio mínimo después de una semana de especial atención a una alimentación saludable. En esta situación, algunas personas necesitarán encontrar algo diferente a los números de la báscula para sentirse fortalecidas y continuar con la conducta de la dieta. La persona podría tomar alguna iniciativa como, por ejemplo, depositar 20 euros en un frasco por cada semana de dieta y ahorrar para comprarse ropa especial. Si seguimos con la dieta, esto con el tiempo dará como resultado una pérdida de peso, pero la persona que está a dieta puede necesitar un auto-refuerzo arbitrario a lo largo del proceso. De modo parecido, un cliente con depresión que ha estado sin empleo durante varios meses puede experimentar malestar a la hora de comenzar a buscar a través de internet puestos de trabajo y a la hora de enviar currículos. Dicho cliente puede beneficiarse de la auto-recompensa dedicando el mismo tiempo a ver su programa de televisión favorito, después de haber dedicado una cantidad concreta de tiempo a la tarea de búsqueda.

Los procedimientos de auto-refuerzo arbitrario han sido parte importante de algunos tratamientos para la depresión (Rehm, 1977) y son claramente utilizados en la AC. Sin embargo, el énfasis de las terapias de AC reside en ayudar a los clientes a entrar en contacto con los reforzadores naturales del entorno. La ventaja de las recompensas naturales sobre el refuerzo arbitrario es que los reforzadores naturales siguen de manera automática a la conducta y no necesitan ser preparados; por lo tanto, es más probable que la conducta continúe durante la rutina normal de la persona (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1991).

Principio 7. Actuar como un entrenador.

La metáfora del entrenador ayuda a guiar al terapeuta de AC. Los buenos entrenadores ayudan a los miembros del equipo a planear estrategias, a hacer sugerencias, a orientarse y a mantener la moral –pero ellos no entran en el campo para jugar el partido que debe

jugar el equipo—. La tarea del terapeuta de AC consiste en solucionar de forma efectiva los problemas y animar a los clientes a pasar a la acción, con el fin de conectar con las recompensas y solucionar los problemas. La realización de cambios cuando una persona está deprimida es difícil, pero el terapeuta conoce los principios del cambio conductual. La pasividad es un elemento inherente a la depresión y puede convertirse en una forma de vida para aquellas personas que sufren una depresión crónica. El entrenamiento implica un estímulo, ya que algunas personas deprimidas pueden subestimar su habilidad para afrontar muchos problemas de la vida o para considerar que todos los problemas están fuera de su control (Brown y Seigel, 1988). El entrenamiento implica también una ayuda para guiar el proceso de cambio y para hacer sugerencias cuando sea necesario. Puede que los terapeutas compasivos quieran solucionar los problemas del cliente, pero un buen terapeuta de AC mantiene una actitud de entrenamiento y deja que los clientes se sientan cada vez más seguros con respecto a su propio partido.

Además de ser un estratega y animador eficaz para el cliente, parte del papel del terapeuta como entrenador es estructurar las sesiones de terapia para que el tratamiento esté bien orientado. Las sesiones se estructuran para propiciar el uso más eficiente de los cuarenta y cinco –o cincuenta– minutos de duración. Se elabora una agenda en cada sesión durante los primeros cinco o diez minutos. En las primeras semanas de terapia, el terapeuta puede controlar la agenda más que el cliente, ya que es necesario valorar los problemas de este último, dirigir el análisis funcional (por ejemplo, Yoman, 2008) y presentar al cliente una conceptualización del caso y un plan de tratamiento. Al igual que un buen entrenador, el terapeuta de AC permanecerá alerta también con respecto a los modos de propiciar la implicación activa del cliente incluso al principio de la terapia, pidiéndole repetidamente que añada a la agenda puntos importantes. En las posteriores sesiones de terapia, el cliente controlará la agenda, basada en sus experiencias semanales. Cada sesión debería incluir un debate sobre la tarea de la sesión previa así como la programación de una nueva tarea para la sesión siguiente.

Principio 8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.

Si el hecho de activarse e implicarse fuera sencillo, los clientes lo harían ellos solos. El terapeuta no puede ayudar al cliente simplemente diciendo: «Vete a ver una película, te sentirás mejor». ¿Con cuánta frecuencia han oído esta recomendación, o se la han hecho a sí mismas, la mayoría de las personas deprimidas? La AC sugiere que una terapia efectiva es un proceso continuo en el que se desarrollan, evalúan y prueban posibles soluciones. Como tal, requiere un enfoque empírico y de resolución de problemas por parte del terapeuta. Nosotros fomentamos un enfoque experimental que se centra en probar una conducta y en observar los resultados. En la AC, los experimentos se basan en análisis funcionales de la conducta pasada y en hipótesis en relación a actividades potencialmente reforzadoras para cada cliente.

Por ejemplo, un terapeuta podría asumir que es más probable que un cliente que experimentaba angustia social antes de sufrir depresión pero que disfrutaba trabajando con coches, sea recompensado yendo a una exposición de coches antiguos o arreglando una cortacésped que yendo a una fiesta. Esta suposición debe ser probada, dado que no es posible saber de antemano lo que reforzará una conducta concreta o si el entorno aportará el refuerzo apropiado para cualquier clase de conducta. Y, por supuesto, es preferible probar las conductas más de una vez. Al igual que los experimentos de laboratorio deben ser dirigidos y después reproducidos con exactitud, también los experimentos en AC deben ser así. Los terapeutas y los clientes de AC trabajan para planificar actividades en múltiples ocasiones y probar una variedad de actividades, evaluando el impacto en el estado anímico, la productividad o la satisfacción de los clientes con respecto a sus vidas antes de determinar si merece la pena continuar con una conducta.

Si bien los clientes de AC pueden desanimarse si planifican y prueban actividades y no se sienten mejor, lo importante es que los terapeutas sigan siendo positivos y que alberguen esperanza. Aprendemos de nuestros éxitos y de nuestros fracasos. Cuando un cliente se queja porque una tarea no le ha resultado útil, la actitud de resolu-

ción de problemas por parte del terapeuta de AC sugiere un enfoque diferente. El terapeuta puede decir: «Ahora sabemos algo nuevo. Sabemos que nunca hay garantía de que cambiar una actividad concreta vaya a ser de ayuda, y ahora podemos afirmar que esta actividad concreta que has realizado no salió bien. Por lo tanto, analicemos otras alternativas para la próxima semana». Después, el terapeuta continuaría el debate sobre lo que realmente sucedió. En algunos casos, el cliente puede informar de que ciertamente trató de comprometerse, pero que, de hecho, solamente realizó un tímido intento. En otros casos, la actividad parecía potencialmente útil, pero en última instancia no fue efectiva en el cambio del estado anímico. Otra posibilidad es que las condiciones ambientales en las que tuvo lugar la conducta no aporten un refuerzo adecuado. Por ejemplo, un cliente que tenía un plan para hablar con un amigo durante veinte minutos pudo haber llamado al amigo en el momento en que este tenía un resfriado o se encontraba distraído. Siempre hay algo que aprender de todas las conductas de los clientes. La disposición del terapeuta de seguir sintiendo curiosidad por todo lo que se puede aprender de estas experiencias y el mantener una actitud de resolución de problemas, más que de búsqueda del éxito inmediato, es clave para que la terapia ayude a los clientes a seguir teniendo esperanza en la realización de cambios en sus vidas.

Principio 9. ¡No lo digas, hazlo!

La actividad es el corazón del enfoque de la AC. Por eso son necesarias las tareas en todas y cada una de las sesiones. Es lo esencial de toda estrategia de tratamiento; sin embargo, puede ser el azote de la existencia del terapeuta (y del cliente). En primer lugar, la palabra *tarea* se asocia a menudo a algo que produce aversión y entonces sería más útil referirnos a la actividad con otro nombre –como «actividad asignada entre sesiones» (Martell et al., 2001)–. Sin embargo, la mayoría de los adultos no se dejan convencer por un mero cambio de nombre. La tarea requiere que los clientes se embarquen en una actividad entre las distintas sesiones y, para los clientes con depresión, a menudo esto no es fácil de realizar. Ante todo, la tarea debe

ser desarrollada *en colaboración con* el cliente. Hay varias directrices que pueden ayudar a maximizar el éxito.

Al establecer la programación de tareas con los clientes, la(s) tarea(s) debe(n) ser realista(s). No debemos esperar que los clientes dependan solamente de su fuerza de voluntad para implicarse en una tarea convenida. El terapeuta debería dedicar tiempo a debatir con el cliente un programa de puesta en práctica. ¡Cuanto más concreto y detallado sea un programa, tanto mejor! ¿Qué necesitará el cliente para que sea más probable su compromiso con la tarea? En el ejemplo de Alicia, a propósito de la hora de sacar a pasear al perro, ella debería decidir los momentos concretos del día para dar los paseos y precisar la distancia de los mismos. La distancia y la duración de los paseos deberían ser razonables, dada su actual programación. Debería anotar el paseo programado en una tabla de actividades o en un calendario personal. También necesitará asegurarse de que dispone de zapatillas cómodas para caminar y de que la correa del perro está a mano para los momentos del paseo. Igualmente, necesitará ropa cómoda (adecuada para diferentes condiciones climáticas), limpia y accesible. El tener un compromiso público con otra persona también puede aumentar la probabilidad de que se cumpla la actividad asignada. Alicia puede sencillamente decir a un amigo que planea pasear una mañana concreta y comprometerse a llamar al amigo cuando el paseo haya finalizado, o puede quedar con un amigo para pasear, aumentando la obligación y, en última instancia, el potencial para comprometerse realmente en la tarea.

Un error fundamental que cometen los terapeutas cuando asignan actividades entre las sesiones es omitir la revisión de las mismas en la sesión siguiente. La conformidad con la tarea puede extinguirse si esta no es recompensada. Si es asignada, debe ser revisada. Cuando un cliente informa de un fracaso a la hora de completar una tarea, el terapeuta y el cliente deben realizar entre ambos un análisis de los problemas que resultaron de la tarea que no se completó. Si el informe señala que el cliente logró la consecución de la tarea, esto proporciona una gran oportunidad para debatir un aumento de la frecuencia o intensidad de la actividad durante la semana siguiente.

Principio 10. Detectar barreras posibles y reales para la activación.

Aunque para nosotros sería un logro maravilloso el afirmar que hemos descubierto el modo de motivar a todos los clientes, el modo de garantizar que completarán las tareas de la terapia y el modo de mantenerles totalmente comprometidos con el tratamiento, no hemos descubierto aún la fórmula mágica para todos y cada uno de los clientes. La AC, al igual que todas las demás terapias, necesita perseverancia y creatividad por parte del terapeuta y del cliente. En la AC es un principio básico el hecho de que surgirán problemas y es esencial detectar las barreras posibles y reales para la activación. Los terapeutas fomentan la activación anticipando barreras a la consecución de la programación de actividades por parte del cliente, o monitorizando las tareas y solucionando los problemas cuando se presenta una dificultad, con el fin de reducir la probabilidad de que el mismo problema continúe en el futuro.

Resumen

Los diez principios enumerados en la Tabla 2.1 describen las directrices básicas de la terapia de AC. Los terapeutas de AC suscriben firmemente el principio según el cual el cambio en lo que hacen los clientes tendrá un impacto positivo en sus sentimientos (Principio 1). Los terapeutas presentan a los clientes una conceptualización inicial del caso y buscan proveerse para el tratamiento, utilizando el postulado de que los cambios en la vida pueden conducir a la depresión y de que hay reacciones naturales a los cambios en la vida que dan como resultado estrategias de adaptación que mantienen bloqueadas a las personas (Principio 2). Mediante una monitorización muy atenta de las conexiones entre la conducta y el estado anímico del cliente, los terapeutas se centran en las claves del cambio de conducta, observando lo que precede a las conductas importantes y lo que les sigue (Principio 3), estructurando y programando las actividades pertinentes (Principio 4), realizando pequeños cambios y añadiendo otros a los realizados (Principio 5), y fijando como objetivo

las conductas que probablemente serán recompensadas de forma natural en el entorno del cliente (Principio 6). Los terapeutas de AC actúan como un entrenador que ayuda a planificar los pasos, cuya realización será en último término responsabilidad del cliente (Principio 7), y el objetivo general es que los clientes se entrenen a sí mismos. Como la AC es una terapia centrada en la solución, el terapeuta adopta una postura de resolución de problemas. Tanto el terapeuta como el cliente colaboran en un enfoque experimental para ensayar nuevas conductas y para descubrir importantes resultados del cambio de conducta (Principio 8). La AC es una terapia activa. Lo que sucede entre las sesiones tiene en muchos sentidos más importancia que lo que acontece en la propia hora de terapia. La AC no consiste en hablar sobre los problemas, sino en realizar actividades que pueden conducir a la mejora de las situaciones de la vida o de los estados anímicos (Principio 9). Finalmente, los terapeutas y los clientes de AC continúan trabajando juntos en la identificación de posibles barreras para la activación o de problemas reales que se han producido, y para identificar métodos de detección de problemas con los que solucionar dificultades (Principio 10).

Puesta en práctica de los principios

Este libro está escrito con la finalidad de convertirse en una de las obras que tengas a mano en tu escritorio, pudiendo consultarla ocasionalmente antes de las sesiones para programar las intervenciones. Los siguientes capítulos te ayudarán a identificar los objetivos del tratamiento y a realizar un análisis funcional como parte de la evaluación y del tratamiento, y de este modo proporcionarán aplicaciones concretas para los Principios 1-3. A lo largo del libro haremos referencia a los ejemplos de la historia de Alicia y también a breves ejemplos de otras personas. La historia de Alicia no tiene la finalidad de representar un protocolo sesión-por-sesión, sino que se utilizan otros ejemplos para ilustrar varias intervenciones en lugar de describir cómo es la terapia desde el principio hasta el final. En otras publicaciones podemos encontrar ejemplos de terapia desde el primer

momento hasta el último (Martell et al., 2001; Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008). Nosotros prestamos gran atención a las estrategias de activación, como la monitorización y la programación de las actividades, que son los núcleos de los Principios 3, 4, 5, 6 y 9. Presentamos el modo de adoptar una actitud de resolución de problemas y de superación de las dificultades cuando el tratamiento no parece desarrollarse como estaba programado; de este modo seguimos las directrices de los Principios globales 7, 8 y 10. Como la conducta de evitación es tan dominante en la depresión y la ruptura de los patrones de evitación es tan esencial en la AC, las estrategias de modificación de la evitación serán consideradas en repetidas ocasiones. Cuando se desarrolló la AC, se realizó en el contexto de un ensayo clínico en que se compararon los aspectos conductuales de la terapia cognitiva con todo el protocolo de la terapia cognitiva. De este modo, cuando los terapeutas que participaron en este estudio tuvieron que hacer frente a clientes que estaban bloqueados por pensamientos negativos, hubieron de hacerlo desde una perspectiva conductual más que desde una perspectiva cognitiva. En la AC, el pensamiento rumiativo es considerado una conducta problemática y el acto de rumiación con respecto al malestar del individuo es un objetivo de la intervención. Dedicaremos todo un capítulo (el capítulo 7) a tratar este importante tema. Finalmente analizaremos las orientaciones futuras de la AC como tratamiento, y también para los clientes con los que trabaja el lector; concluiremos con preguntas –aún no respondidas– relativas a la profesión que nos ocupa y analizaremos también técnicas para la prevención de las recaídas de los clientes.

3

La estructura y el estilo de la terapia

«Pienso que los sentimientos se desperdician en palabras; todos ellos deberían destilarse en acciones, y en acciones que produzcan resultados».

Florence Nightingale (1820-1919)

Alicia se sentía inquieta por la segunda sesión mientras caminaba hacia el edificio de oficinas donde Beth tenía el consultorio. Había vuelto a leer el folleto¹ de la AC que Beth le había dado al final de su primera sesión. Sentía una mezcla de curiosidad y desánimo. Estaba interesada en aprender más sobre el enfoque de la depresión que se describía en el folleto. Al mismo tiempo, se sentía desmoralizada, ya que no estaba segura de que aquello fuera para ella. «Todo esto tiene sentido», pensó Alicia, «pero no puedo imaginarme cómo me va a cambiar». Tan pronto como tuvo este pensamiento, se sintió peor y pensó: «Es muy propio de mí; ni siquiera he llamado a la puerta y ya lo estoy dejando. Es patético».

1. El folleto al que aquí se hace referencia es «Beginning Activation Therapy for Depression: A Self-Help Manual», que puede encontrarse en Martell, Addis y Jacobson (2001, pp. 202-205).

Beth parecía contenta por ver a Alicia cuando esta entró en el consultorio. Beth la recibió afectuosamente y le preguntó si estaba dispuesta a rellenar el mismo cuestionario sobre la depresión que había cumplimentado antes de la última sesión. Una vez sentadas, Beth explicó a Alicia que le pediría que rellenase el mismo cuestionario cada vez que se reunieran con el fin de comprobar cómo estaba evolucionando y valorar el nivel de desarrollo de la terapia. Beth comentó: «A juzgar por lo que estás respondiendo esta semana, parece que estás sintiendo lo mismo que la semana pasada, aunque tengo la impresión de que has dormido peor. ¿Estás de acuerdo con mi apreciación?». Alicia se sorprendió al ver que Beth parecía realmente interesada en los detalles concretos de su evolución. En las dos últimas semanas había pensado: «Sí, es verdad. Las cosas están bastante mal en general y paso mucho tiempo en la cama, pero no sé si mi sueño es realmente reparador. Me encuentro abatida y preocupada pensando que estoy arruinándome y no tengo a nadie en mi vida».

Mientras Beth tomaba notas sobre el cuestionario, Alicia se dio cuenta de que no estaba segura sobre lo que se podía esperar de la terapia o sobre lo que se suponía que diría o haría en ese momento. Se sintió aliviada cuando Beth comenzó a explicar lo siguiente: «Alicia, esperaba que pudiéramos empezar hablando sobre cómo se está desarrollando la terapia». «Me parece una buena idea», dijo Alicia, a lo que añadió con vacilación: «No es personal, pero en realidad nunca he querido ver a un terapeuta. No tengo ni idea de cómo se supone que esto debe funcionar». Beth no parecía molesta por lo que Alicia había dicho y, de hecho, su voz era amable cuando le respondió: «Todo eso tiene mucho sentido para mí, Alicia; a menudo es realmente difícil comenzar la terapia por primera vez. No me sorprendería que tuvieras un millón de preguntas y ni siquiera supieras cómo comenzar a formular una de ellas». «Es exactamente así como me siento», pensó Alicia mientras asentía en silencio.

«Sé que el folleto hablaba un poco sobre esto, pero pienso que es realmente importante para empezar insistir en que esta terapia es un trabajo común y estructurado. Esto significa que cada vez que nos reunamos empezaremos realizando juntas una programación para la

sesión. A esto lo denomino “nuestra agenda de la sesión”. La razón para elaborar juntas esta agenda es que puede ayudarnos a seguir abordando los temas que son más importantes para ti. ¿Te parece bien?». Alicia pensó que esto tenía sentido para ella. Beth añadió: «Desde mi punto de vista hay dos aspectos de los que esperaba que pudiéramos hablar hoy. En primer lugar, quería hablar algo más sobre el enfoque general de la AC y cómo este enfoque podría venirte bien. Y, en segundo lugar, esperaba que pudiéramos hablar sobre la mejor manera de trabajar conjuntamente».

Cuando Beth acabó de explicar sus objetivos para la sesión, añadió: «¿Tienes algo más de lo que quieras hablar hoy necesariamente?». Alicia estaba otra vez sorprendida; Beth parecía realmente decidida a que ella se comprometiera en este proceso. «Me preguntaba si podríamos hablar sobre lo que dice el folleto a propósito de que la actividad hace que te encuentres menos cansada. Me ha parecido que no tiene mucho sentido. Estoy siempre muy cansada. No es nada realista mantener una actividad cuando te encuentras tan agotada». «¡Desde luego!», dijo Beth. «Voy a anotarlo en nuestra agenda y nos aseguraremos de hablar hoy sobre ello. Es un buen tema para añadirlo».

Introducción

Al igual que Alicia, cuando los clientes acuden a la terapia por primera vez, con frecuencia se sienten inseguros con respecto a sus expectativas. Muchos desconocen la AC y, de hecho, algunos de ellos comienzan la terapia queriendo activarse más. Es la propia naturaleza de la depresión la que limita y reduce la actividad. Como expresaba Alicia, es difícil imaginar cómo activarse cuando nos sentimos agotados siempre. Muchos clientes con depresión acuden a la terapia creyendo que deben sentirse mejor antes de poder activarse y hacer cambios en sus vidas. ¿Cómo puede funcionar esta terapia si se necesita estar motivado antes de pasar a la acción? Como expresaba la terapeuta de Alicia, es importante comenzar la terapia respondiendo directamente a estos tipos de cuestiones y preocupaciones.

La AC es un tratamiento estructurado y durante las primeras sesiones es importante explicar algunos de los elementos clave de la estructura. En este capítulo revisaremos estos elementos clave, incluyendo el modelo de AC para la depresión y el cambio que establece el contexto del curso global del tratamiento. También trataremos la manera de explicar los papeles del terapeuta y del cliente y la importancia de las tareas. Finalmente analizaremos la estructura de cada sesión de AC, incluyendo la importancia de revisar la evolución desde el último contacto, el establecimiento de una agenda, la orientación con respecto a los nuevos procedimientos que se han de utilizar, y cómo mantener la concentración en la activación a lo largo de la sesión. Hacia el final de la terapia, la estructura de las sesiones se centra en la consolidación de los logros alcanzados y en la planificación de la prevención de recaídas. Después de un tratamiento de AC, el terapeuta y el cliente podrán anticipar los detonantes de conductas que aumentan los síntomas depresivos y desarrollar un plan para actividades alternativas que pueden ayudar al cliente a hacer frente a estas situaciones.

La AC se caracteriza también por un número de estrategias clave, tanto de estructura como de estilo. Por ejemplo, en su segunda sesión con Alicia, Beth hizo gala de una cordialidad y un interés auténticos por la experiencia de Alicia. Cuando esta manifestó reticencia a comenzar la terapia, Beth respondió de un modo práctico y sin prejuicios. Beth animó a Alicia a compartir sus preguntas y preocupaciones y la invitó a ser una participante activa en la terapia. En este capítulo revisaremos estas cualidades de estilo, que son elementos esenciales del quehacer de la AC.

La estructura de la AC: la activación es la guía

La estructura básica de la AC se basa fundamentalmente en la importancia de la activación. Los principios primero y segundo de la AC definen esta importancia. El primer principio de la AC resume el modelo de cambio: *«La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen»*. Este principio

expresa la premisa según la cual si los clientes esperan a sentirse motivados, permanecen anclados en un ciclo interminable. Dado este dilema, les pedimos que trabajen «de fuera adentro» en oposición al modelo «de dentro afuera» (Martell et al., 2001). En otras palabras, la estructura de la AC se centra en embarcarse en la acción independientemente de cómo se sientan los clientes por dentro y en anticipar que la motivación vendrá después, y no al contrario. Como terapeutas, trabajamos como entrenadores para ayudar con este método tan estimulante de trabajo «de fuera adentro». Ayudamos a desglosar actividades con el fin de aumentar la probabilidad de que el cliente, aun cuando tenga una motivación extremadamente baja, las lleve a cabo. También ayudamos a los clientes a desarrollar una estructura en sus vidas diarias con el fin de aumentar la probabilidad de que actúen según sus objetivos.

El segundo principio de la AC resume el modelo de la depresión, que define que el centro de interés está en la activación: *«Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas»*. Este principio establece la estructura para conocer lo que hay que evaluar y cuál es el objetivo de la terapia. Hay muchas teorías de la depresión y todas ellas hacen referencia probablemente a aspectos de este trastorno heterogéneo. El modelo de depresión que guía la AC es coherente con modelos conductuales articulados desde hace décadas (por ejemplo, Lewinsohn, 1974).

Los primeros modelos de depresión pusieron de relieve que cuando las vidas de las personas tienen un nivel bajo de refuerzo positivo o un nivel alto de castigo, la depresión es más probable. ¿Cómo sucede esto? Bajo tales condiciones, las personas pueden descubrir que sus acciones no dan como resultado nada deseable, o pueden aprender, en cambio, a centrarse en cómo evitar un entorno punitivo o librarse de él. En efecto, las personas aprenden a retirarse de la vida y dejan de comprometerse. Aunque desentenderse de la vida de esta forma es natural y comprensible, también puede mantener a la persona bloqueada en la depresión. Cuanto menos se hace, tanto menos se quiere hacer; y cuanto menos se hace, tanto más probable es que

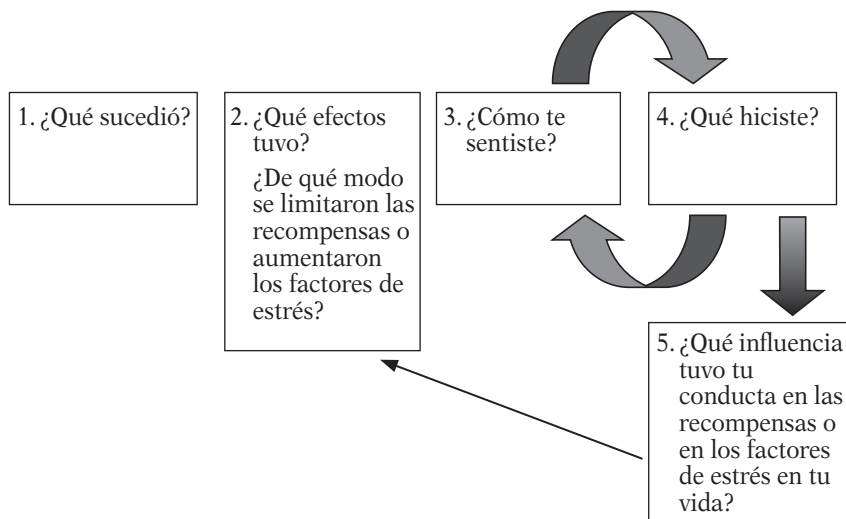
los problemas de la vida del individuo se afiancen y se acumulen. Cuando disminuye el acceso al refuerzo positivo y aumenta la experiencia de castigo, se puede desarrollar un círculo vicioso de depresión. Hay un estado acrecentado de autoconciencia cuando el individuo intenta reducir el impacto de estas alteraciones y es incapaz de hacerlo. Los aumentos de autoconciencia y de disforia conducen a cambios cognitivos, conductuales y emocionales que guardan correlación con la depresión y reducen la capacidad del individuo para afrontar futuros episodios que provocan depresión. Los componentes de esta espiral descendente han sido descritos por Lewinsohn y sus colegas (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn y Graft, 1973), así como por otros autores (por ejemplo, Beck et al., 1979).

Tiene sentido el hecho de que los individuos intenten reducir el impacto de las alteraciones emocionales; sin embargo, las conductas que adoptan, como las rumiaciones negativas sobre su malestar, la huida o la evitación de las experiencias aversivas, y los intentos de evitar el dolor emocional sirven para reducir el contacto con los potenciales reforzadores del entorno. Este retraimiento mantiene al individuo con depresión bloqueado en una estructura de sentimientos negativos. Con el paso del tiempo las emociones se apagan y el individuo se siente peor y cada vez más deprimido y desesperanzado con respecto a la perspectiva de cambio. Las principales tareas del terapeuta y del cliente de AC consisten en identificar las eventualidades (por ejemplo, las situaciones en las que la conducta tiene lugar y las consecuencias de la conducta) que hacen que la acción sea más probable, y también consisten en definir los objetivos del tratamiento que darán como resultado la construcción por parte del cliente de una vida mejor, reduciendo con ello los síntomas depresivos.

A menudo consideramos útil el empleo de una representación visual del modelo de AC de la depresión. Tales diagramas pueden ayudar a los terapeutas a desarrollar una conceptualización comprensiva del caso. Además, estos diagramas son con frecuencia útiles para explicar a los clientes el modelo básico. A la hora de emplear dichos esquemas (y, en general, al explicar el modelo) es importante ser sensible al hecho de que cada persona tiene una historia vital úni-

ca. Aunque los principios de la AC se aplican de manera general, cada cliente posee una formulación única en AC de su caso. Ayudar a los clientes a comprender cómo los acontecimientos que tienen lugar en sus vidas influyen en la experiencia y en el impacto de la depresión puede ser muy válido y es un elemento esencial a la hora de comenzar el tratamiento de AC.

La Figura 3.1 nos proporciona un diagrama que podemos utilizar para desarrollar la conceptualización de un caso y para explicar a los clientes el modelo de AC para la depresión. La primera pregunta que formulamos es: «¿Qué sucedió en el contexto del cliente que provocó o que propició las condiciones de la depresión?». El tercer principio, *«Las pistas para entender lo que será antidepresivo para un cliente concreto residen en lo que precede y lo que sigue a las conductas importantes del cliente»*, es fundamental para comprender los tipos de conducta que fueron reforzados en el pasado y los que no fueron reforzados o fueron castigados. Con frecuencia, los clientes informan sobre acontecimientos que sucedieron en sus vidas, como pérdidas de relaciones o de empleo, pérdidas financieras o cargas económicas, y cambios como el nacimiento de un niño, el cuidado de familiares ancianos, e incluso problemas diarios. A veces los clientes ponen de relieve factores biológicos y nosotros explicamos que tanto los factores biológicos como los ambientales entran en juego en la comprensión de los acontecimientos vitales. Aunque no es nuestro modo habitual de pensar en los «acontecimientos vitales», en la AC el concepto de acontecimiento puede ampliarse para abarcar tanto la experiencia externa como la interna. A continuación analizamos el impacto de estos acontecimientos, centrándonos especialmente en cómo se limita el acceso a las recompensas o cómo aumentan los factores de estrés con el paso del tiempo. Después tratamos los efectos que tiene en el estado anímico del cliente el hecho de vivir en este tipo de contexto. A menudo, los clientes deprimidos dirán: «Parece horrible. Me siento triste, solo, desanimado y desesperado». Uno de los elementos clave que debemos comunicar al explicar este modelo es que la depresión no es culpa del individuo y que sentirse deprimido tiene sentido, dado el contexto del individuo.

Figura 3.1. El modelo de depresión de la AC**Tabla 3.1.** Preguntas frecuentes y muestra de respuestas

- *¿Está causada la depresión por un desequilibrio químico en el cerebro?*
Respuesta. Sabemos que la depresión está relacionada con nuestra biología y también sabemos que los cambios de la conducta pueden influir en la química corporal. La depresión es un estado complejo que tiene múltiples causas. Afortunadamente, la depresión es un problema que se puede tratar y se ha demostrado que existen muchos y variados tratamientos que pueden ayudar.
- *¿Qué sucede con los medicamentos?*
Respuesta. Los medicamentos antidepresivos son eficaces para muchas personas. El tipo de psicoterapia que yo te ofrezco, la activación conductual, también ha resultado ser un tratamiento efectivo para la depresión. Además, la investigación pone de manifiesto que los efectos de la AC pueden permanecer después de concluir el tratamiento; esto nos confirma que los beneficios de lo que las personas aprenden en la AC pueden ayudarles a prevenir una futura recaída en la depresión, incluso después de haber terminado la terapia.
- *Este método ¿no es demasiado simple?*
Respuesta. Los planteamientos de este método son sencillos, pero su puesta en práctica puede ser difícil. Por eso, mi papel es dirigirte en el proceso de cambio. Cuando trabajemos juntos, podré guiarte a lo largo de un proceso consistente en dar pasos hacia tu activación y en solucionar problemas en tu vida con el fin de que te sientas mejor. Es un método exigente, pero, como suelo repetir, si fuera tan sencillo, tú ya lo habrías hecho.
- *Esta cuestión de la «activación» parece imposible. Apenas puedo levantarme de la cama. ¿Puede la AC realmente ayudarme?*

(continúa)

Respuesta. Cuando estás deprimido, es comprensible que este método te parezca imposible y que te preguntes si puede funcionar. Muchas personas se hacen esa misma pregunta y ven que lo que parece imposible al principio comienza a ser más sencillo cuando se activan más y cuando vuelven a implicarse. Este método es muy práctico y mi tarea es ayudarte a entender cómo hacer que sea realizable, cómo encontrar lugares y formas de empezar la activación que puedas adoptar ahora mismo. A algunas personas también les resulta útil recordar que este método ha funcionado en muchos individuos con depresión. Dicho esto, no sería honesto por mi parte afirmar que puedo garantizar el éxito. Me comprometo a trabajar contigo, comenzando donde ahora te encuentras y empezando a construir desde ahí. Considero que, a medida que avancemos, todo esto te parecerá más factible. Si estás dispuesto, podemos empezar con unos pequeños pasos, observar los resultados y a continuación avanzar desde ese punto.

- *¿No se finge cuando uno actúa como si no se estuviera deprimido cuando en realidad lo está?*

Respuesta. Las personas se hacen a menudo esta pregunta. Puede parecer poco práctico, pero no es fingimiento ni falta de sinceridad el elegir comportarse de una forma más comprometida, incluso cuando te sientes «abatido». Cuando actúas como si no estuvieras deprimido, puedes adoptar las mismas conductas que pueden ayudarte a sentirte mejor y a construir una vida que sea el soporte de tu estado anímico y de tu bienestar.

- *¿Cómo puedo añadir más actividades cuando ya estoy demasiado ocupado y por ello estoy tan deprimido?*

Respuesta. De hecho, puede que estés excesivamente atareado. Analizaremos para qué te sirven todas esas actividades. Quiero ayudarte a afianzar la resolución de problemas, a que estés totalmente implicado en las actividades y a que no te sientas abrumado.

- *¿Puede la AC funcionar cuando otros tratamientos no han funcionado?*

Respuesta. La AC no es una panacea bajo ningún concepto. Gracias a la investigación sé que este método puede ayudar a las personas cuando están deprimidas. A menudo pregunto a mis clientes: «¿Qué pasa si lo consideramos como un experimento?». Podemos trabajar juntos durante un periodo de tiempo y ver si este método funciona para tu caso. Como no puedo garantizar el éxito, ¿establecemos un momento para analizar cómo van las cosas después de tres o cuatro sesiones, por ejemplo? En ese momento hablaremos también sobre lo que podría funcionar o no en tu caso. ¿Qué opinas sobre ello?

Nota. Esta tabla proporciona ejemplos de preguntas frecuentes realizadas a terapeutas de AC. Las respuestas no pretenden ser exhaustivas, sino más bien captar la esencia de una respuesta típica del terapeuta de AC.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

La Figura 3.1 representa también el círculo vicioso de la depresión cuando el cliente se compromete a afrontar las estrategias para tratar con el estado anímico depresivo, que desgraciadamente empeoran los sentimientos negativos y que, con el tiempo, se añaden al peso de los factores que hacen que la depresión sea más probable. Por ejemplo, Alicia se sentía deprimida después de la pérdida de su empleo y dejó de comprometerse en otras actividades. Cuando empezó a ganar peso y a tener la sensación de que estaba descuidando a su perro, pasaba incluso más tiempo en casa y se sentía cada vez más fuera de lugar con respecto a sus amigos. Después se sintió incluso más deprimida y comenzó a aislarse más. En el Apéndice 1a proporcionamos una versión reproducible de la Figura 3.1 con espacio para comentarios con el fin de que los clientes puedan utilizarla al consultar a sus terapeutas.

Puede que los clientes tengan preguntas concretas sobre la AC. La Tabla 3.1 nos proporciona una breve lista de preguntas frecuentes y una muestra de respuestas. A veces puede ser que el cliente se oponga a ciertos elementos del modelo de la AC. Cuando los terapeutas presentan a los clientes el modelo de la AC para la depresión, estos pueden plantear objeciones a un modelo que resta importancia al papel de la biología en la depresión. Como hemos señalado anteriormente, incorporamos las predisposiciones biológicas o familiares a la depresión en nuestro debate sobre los acontecimientos vitales, al igual que todos los demás acontecimientos vitales identificables. Una objeción frecuente al modelo de AC adopta la forma de la siguiente pregunta: «Yo pensaba que la depresión estaba causada por un desequilibrio químico; ¿no necesito medicación para superar la depresión?». La respuesta a esta cuestión tiene múltiples aspectos. La medicación antidepresiva es una opción viable para muchos individuos; sin embargo, la creencia de que la medicina funciona en el aspecto biológico mientras que la AC funciona en el aspecto conductual es una distinción arbitraria. La realidad es que hay componentes biológicos en toda conducta humana (Linehan, 2006) y que el cambio en nuestras acciones y reacciones implica cambios en nuestra biología, de igual manera que cambiar los niveles bioquímicos mediante la medicación puede modificar las reacciones emocionales y, en algunos casos, las acciones.

Otra objeción que merece aquí una breve mención es que el modelo parece demasiado simplista. Por lo general respondemos a este comentario reconociendo que, aun cuando el modelo es relativamente simple y sencillo, es también un modelo que integra la comprensión fundamentada de que superar la depresión es a menudo muy difícil. De hecho, destacamos la percepción de que los clientes a veces creen que se les pide hacer algo casi imposible, a saber, el hecho de activarse. Para afrontar las preocupaciones sobre la excesiva simplificación del proceso de cambio, ponemos de relieve que el cambio por lo general no es sencillo, y una tarea fundamental del terapeuta es servir de guía o entrenador, como hemos analizado.

Si los terapeutas son capaces de hacerlo con habilidad, podrán construir la fundamentación de la relación terapéutica explicando el modelo de la AC a sus clientes deprimidos. Cuando se da vida a este modelo incluyendo detalles proporcionados durante la entrevista inicial, la conceptualización del caso en la sesión afirma que el terapeuta «lo ha captado» y ha comenzado a comprender la situación del cliente. La conceptualización se presenta siempre como una hipótesis. Sería una imprudencia por parte del terapeuta suponer que sabe lo que causó o lo que mantiene la depresión; sin embargo, debemos hacer hipótesis, probarlas y proporcionar un modelo que sea el andamiaje para las distintas estrategias utilizadas en la AC. Puede haber amplios objetivos de tratamiento que se desarrollen al principio de la terapia y los clientes, a su vez, desarrollarán varios objetivos semanales. El análisis funcional –es decir, considerar las situaciones en las que tiene lugar la conducta y las consecuencias de la misma– es utilizado durante todo el proceso. En concreto, para formular hipótesis sobre conductas que puedan mantener la depresión, el terapeuta considera la función de las conductas y cómo estas sirven al cliente. Por ejemplo, vestir un viejo pantalón de chándal cuando se va de compras puede ser útil para la función de proporcionar comodidad y permitir que una persona complete rápidamente el recado, o puede servir para la función de permitir que la persona se ahorre el tiempo y la atención necesarios para conjuntar un traje más elegante.

La estructura de cada sesión

Hay una estructura general para todas las sesiones de terapia de AC. Los elementos principales de estructuración incluyen la revisión del progreso desde el último contacto, el establecimiento de una agenda, ayudar al cliente a comprender el proceso, la realización de una retroalimentación y el uso de tareas. Además, la terapia estructura cada sesión manteniendo el centro de interés en la activación. Estos elementos pueden variar en la duración de una sesión a otra, de un cliente a otro o de un terapeuta a otro. También pueden variar en los detalles asignados a cada elemento en una sesión determinada. Sin embargo, a pesar de dicha flexibilidad, la utilización de estrategias de estructuración en cada sesión asegura que tanto el terapeuta como el cliente continúen ayudando a que este se active y se comprometa con la vida.

Una de las primeras actividades que Beth pidió que asumiera Alicia al principio de su segunda sesión (y en cada sesión posterior) fue que realizara el Inventario de Depresión II de Beck (BDI-II; Beck y Steer, 1987), puesto que la depresión de Alicia era el centro principal del tratamiento. Al hacerlo, Beth estaba siguiendo una de las estrategias fundamentales de estructuración de la AC, a saber, la *revisión del progreso desde el último contacto*. Muchos terapeutas que trabajan con clientes con depresión utilizan escalas de auto-informe como el BDI-II para monitorizar el progreso durante el tratamiento. Otros piden a los clientes que informen de forma verbal sobre su estado depresivo o sobre otros síntomas clave en una escala de 1 a 10 al comienzo de cada sesión. Estas prácticas hacen posible que el terapeuta cuantifique el progreso o la ausencia del mismo. Los clínicos pueden utilizar también medidas para valorar trastornos concomitantes como las escalas de auto-informe para la ansiedad –por ejemplo, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) u otras–. La utilización de otras medidas formales es un modo de monitorizar los objetivos adicionales del tratamiento junto con la monitorización del estado anímico y de la depresión del cliente. Existen diversos grupos de medidas cuantitativas para la depresión (por ejemplo, Nezu, Ronan, Meadow y McClure, 2000) y para la ansiedad (por ejemplo,

Antony, Orsillo y Roemer, 2001) que nos proporcionan información tanto sobre las medidas de base empírica como sobre formas reproducibles que pueden ser utilizadas para poner en práctica muchas medidas. Estas tienen en cuenta múltiples muestras que pueden ayudar a una mejor comprensión de los detalles de la mejoría del cliente. Sin embargo, los terapeutas deben sopesar su necesidad de más información y la carga que puede suponer para el cliente que el número de medidas sea elevado. Con el paso del tiempo, la realización de gráficas con los resultados de las medidas del auto-informe puede ser útil tanto para el terapeuta como para el cliente. Con el tiempo, las gráficas de resultados pueden mostrar al terapeuta y al cliente el momento en el que se producen fluctuaciones en el estado anímico y pueden ayudar a alertar al terapeuta acerca de si el tratamiento está funcionando o no. Cuando los clientes experimentan una mejoría constante, las gráficas de resultados objetivos proporcionan una útil representación visual de los logros del cliente. Y cuando los clientes no experimentan mejoría, a la inversa, la monitorización del progreso en cada sesión pone de relieve la necesidad de revisar la valoración, la conceptualización del caso y/o los programas de activación.

La utilización de medidas objetivas en cada sesión no disminuye la necesidad que tiene el terapeuta de comprobar también otras áreas de progreso en la vida del cliente desde la sesión precedente. El terapeuta puede pedir al cliente una evaluación global del estado anímico de la semana anterior o de un periodo de tiempo y puede preguntar también sobre los detalles relativos al nivel de actividad. Parte de esta información será suministrada mediante la revisión de la tarea (véase *infra*), pero por varias razones es útil un «diálogo de chequeo» al principio de cada sesión, ya que demuestra al cliente que al terapeuta le interesa su vida fuera de la hora de terapia. También ayuda a establecer una agenda para la sesión en la que se toma nota de las mejorías o de los deterioros evidentes.

Una vez que el terapeuta de AC ha comprobado el progreso desde el último contacto, el establecimiento de una agenda es generalmente el primer aspecto que se ha de abordar; es un proceso breve, pero es mejor cuando la agenda es bastante detallada, incluyendo priori-

dades y el tiempo que hay que dedicar a cada ítem. Lo más importante en la elaboración de la agenda es asegurarse de que el cliente se ve alentado a sugerir temas que él considere importantes y que el terapeuta tenga en mente asuntos que mantengan el interés por la activación con el fin de ayudar al cliente a lograr sus objetivos. De este modo, al igual que la mayoría de las terapias cognitivas y conductuales, el establecimiento de una agenda es un proceso de colaboración que implica estimular al cliente para que aporte ítems a la agenda, para que establezca prioridades y negocie cambios que pueden tener lugar a medida que se desarrolla la sesión. Si esta se desvía de la agenda establecida, el terapeuta debería reconducir el diálogo con el cliente para asegurarse de que el proceso es aceptable y de que ambos están de acuerdo en que dicha desviación está al servicio de los objetivos y prioridades del cliente.

Otro elemento clave en el modo en que el terapeuta de AC estructura cada sesión es el que implica la utilización de la orientación así como la demanda de una retroalimentación. La *orientación* ayuda a «eliminar el misterio de la terapia», como dice nuestra amiga y colega Marsha Linehan, y aporta al cliente la base sobre la que se fundamentan los procedimientos que se van a utilizar. La *demanda de la retroalimentación* ayuda a asegurar que los clientes comprendan dichos procedimientos. Ya hemos analizado la orientación en el modelo de la AC, que se realiza por regla general durante las sesiones primera y segunda de la terapia (sin embargo, el terapeuta puede –y con frecuencia lo hace– volver al modelo a lo largo del tratamiento). Durante cada sesión el terapeuta orienta también al cliente sobre los procedimientos utilizados. Por ejemplo, pedimos a los clientes que monitoricen la actividad por una razón concreta. Dicha monitorización ayuda tanto al cliente como al terapeuta a recopilar información sobre los patrones de conducta y las conexiones entre actividad y estado anímico. Por ello es importante en la AC explicar dichos fundamentos al cliente antes de asignar una tabla de actividades. También es importante requerir una retroalimentación para conocer el nivel de comprensión por parte de los clientes y su grado de acuerdo con dichos fundamentos.

Cada sesión de AC está estructurada también para hacer un uso considerable de la *tarea*. De este modo, el terapeuta de AC revisará en cada sesión la tarea asignada en la sesión anterior y asignará nuevas tareas para que el cliente las realice antes de la próxima sesión. La regla fundamental de toda terapia conductual o cognitivo-conductual es que cualquier tarea asignada debe ser revisada durante la sesión siguiente. La tarea ayuda a volver a comprometer al cliente con la vida y refuerza la experiencia de la AC como un tratamiento orientado a la acción. Entre los diversos tipos de tareas asignadas tenemos:

- *Monitorización de la actividad y del estado anímico*. Será analizada de manera más detallada en el capítulo 4, ya que es una parte esencial de la AC. La monitorización de las tareas se establece de un modo estándar en las primeras sesiones y puede modificarse en sesiones posteriores.
- *Programación de la actividad*. Esta tarea será analizada de forma detallada en el capítulo 5 y constituye la mayor parte del trabajo realizado en la AC.
- *Tareas de estructuración/gradación de la actividad*. A menudo es útil dividir las grandes tareas de la vida en partes más manejables, y esto es especialmente cierto en individuos con depresión. Durante los episodios de depresión, las tareas que parecen sencillas pueden resultar extremadamente difíciles. Por ello, esta labor requiere una gran habilidad para la descomposición de las tareas menores en unidades aún más pequeñas. Analizaremos con más detenimiento la gradación de tareas en el capítulo 5.
- *Ejercicios de «atención a la experiencia»*. Este tipo de actividades se asigna a clientes que pasan gran cantidad de tiempo rumiando. La rumiación es una conducta particular que a menudo interfiere en actividades que requieren un alto grado de implicación. Analizaremos con más detalle los ejercicios de «atención a la experiencia» en el capítulo 7.
- *Mantenimiento del interés por la activación*. El elemento final de la estructuración que utiliza un terapeuta eficaz de AC es el *mantenimiento del interés por la activación* a lo largo de cada sesión. Si logramos que las sesiones se centren en la activación, todas las

conversaciones que se mantengan se podrán enfocar hacia las cosas que el cliente es capaz de *hacer* para mejorar su situación o su estado anímico. De este modo, el terapeuta reorientará con frecuencia la conversación hacia el aquí y ahora, y hacia un análisis de un potencial programa de acción, manteniendo en su mente esta cuestión: ¿qué puede *hacer* el cliente?

- El mantenimiento del interés por la activación no debe realizarse de forma que sugiera que al terapeuta no le interesa la vida interior del cliente o su pasado problemático. Tal y como analizaremos de forma más detallada en el capítulo 4, es posible mantener el interés por la activación incluso cuando se realiza una valoración y cuando se analizan las experiencias anteriores del cliente. Cuando un terapeuta de AC habla con los clientes sobre el pasado de estos, debe hacerlo en el contexto de la formulación del caso. Esta información proporciona hipótesis sobre el refuerzo y las contingencias del castigo en la vida del cliente. Dicha información sirve de guía para determinar lo que los clientes pueden hacer en el aquí y ahora, y para establecer métodos susceptibles de poder ser utilizados con el fin de reestablecer un compromiso con la vida. Por ejemplo, Alicia se sintió muy herida hace tiempo cuando su madre la echó de casa y, aunque con el paso del tiempo volvió a establecer una relación cordial con ella, continuó sin relacionarse con sus dos hermanos menores. En la terapia hablaba sobre lo triste que se sentía en relación al incidente acaecido con su madre y sobre la profunda pena que aún sentía. Para ella era difícil incluso hablar de ello con Beth. Sin embargo, cuando la conversación empezó a versar sobre los sentimientos de tristeza, ira, culpabilidad o vergüenza por esta situación, Beth consiguió estructurarla de modo que Alicia pudiera abordar estos sentimientos en vez de evitarlos y, de este modo, pudiera activarse para la consecución de objetivos importantes. Al manifestar estos difíciles sentimientos y permitirse experimentarlos durante la terapia, creo también una oportunidad para pensar cómo podría reestablecer poco a poco la relación con sus hermanos menores, algo que ella deseaba enormemente pero que al mismo tiempo temía.

ALICIA: Soy incapaz de dejar de pensar en lo que ocurrió durante el último año, cuando la relación con mi madre pasaba por su peor momento. Mi madre decía cosas terribles sobre mí delante de mi hermana y de mi hermano. A veces pienso que esas cosas eran verdad y esto me hace sentir muy mal conmigo misma. Creo que mis hermanos también piensan que son verdad. Nunca he podido hablar con ellos sobre lo difícil que era mamá cuando yo era joven. Por entonces ella bebía mucho y me hice muy rebelde. Cuando mis hermanos ya eran lo suficientemente mayores como para darse cuenta de la situación, mamá ya había dejado de beber, pero su relación conmigo era terrible. Pienso que todos ellos creen que yo soy la culpable.

BETH: Parece que te sientes realmente bloqueada cuando quieres conectar con tus hermanos, pero al mismo tiempo parece que te hace sentir realmente mal el mero hecho de pensar en hacerlo. ¿Has pasado mucho tiempo durante la última semana pensando en esto?

ALICIA: Sobre todo el domingo. Pensé en llamar a mi hermana simplemente para decirle «hola». Era domingo, el peor día. También pasamos muchos domingos fingiendo ser felices mientras mi madre estaba emborrachándose. Yo me volví como loca y estaba totalmente abatida porque aquello era una porquería. Mi hermana recuerda algunas de las veces en que estallé. Es así como arruiné sus domingos, pero no sabe lo horrible que fue para mí.

BETH: Entonces, ¿estuviste pensando en esto el domingo y luego decidiste no llamarla?

ALICIA: Sí, en realidad pienso en ello bastante, especialmente en las peleas que teníamos mi madre y yo delante de mis hermanos. Mi madre me culpaba de la mayoría de nuestros problemas y me preguntó si mis hermanos también me culpaban.

BETH: Entonces no quieres que eso salga a relucir cuando llamas. ¿Había algo sobre lo que querías hablar con tu hermana?

ALICIA: Sé que tiene un gato nuevo y me gustaría que me hablara de él. Quizás tenga también algo que decirme acerca de mi situación laboral. Cuando la llamo, mi hermana es una persona muy inteligente y generalmente es atenta. No la llamo mucho y pienso que se sorprendería y yo tendría disculparme por no haber llamado antes.

BETH: Entonces evitaste sentirte mal y experimentar los terribles recuerdos del domingo, pero también te perdiste los beneficios que a veces obtienes al hablar con ella.

ALICIA: Incluso pensé en la posibilidad de sugerirle que hiciéramos una videollamada con el ordenador para que pudiera enseñarme el gato. Pienso que es un gatito. Pensé que sería divertido que mi perro lo viera, ya que se volvería loco, pero no quiero recordar que mi madre se portaba mejor con ella que conmigo o lo mucho que ella me culpa por las historias que vivimos. Eso me haría sentir incluso más sola, como si fuera la imbécil que echó a perder por entonces la vida de todos.

BETH: Alicia, es totalmente lógico que no quieras sentirte así o que tengas esos pensamientos sobre ti misma; sin embargo, lo que me estás diciendo es que tú también quieres obtener los beneficios de hablar con tu hermana. ¿Hay algún otro día en el que podrías esforzarte en llamarla y que no fuera tan malo como el domingo?

ALICIA: Sí.

BETH: ¿Hay algún día en el que crees que podrías disfrutar más llamándola?

ALICIA: Supongo que sería más fácil llamarla un viernes por la noche. Ella habría terminado su trabajo y sería distinto a los horribles domingos.

BETH: ¿Entonces piensas que os resultaría más fácil si la llamaras otro día?

ALICIA: Supongo que sí.

BETH: ¿Quieres hablar sobre cómo planificarlo para la próxima semana?

Beth trabajó con Alicia los pasos concretos que podría dar en esos momentos para abordar el importante objetivo de afianzar una relación más cercana con su hermana menor. En este proceso, Beth y Alicia analizaron aspectos relevantes de la historia de Alicia; sin embargo, el centro de interés de la conversación volvió a dirigirse directamente hacia lo que Alicia podría hacer de un modo diferente para activarse en la dirección de este importante objetivo en la vida.

Tabla 3.2. Estilo y actitud de un terapeuta eficaz de AC

-
- Mantener la estructura de la sesión.
 - Permanecer orientados a la acción.
 - Dar validez a las experiencias de los clientes.
 - Trabajar en colaboración con los clientes.
 - No hacer juicios de valor.
 - Expresar cordialidad y ser sincero con los clientes.
 - Reforzar los informes o ejemplos de conducta adaptativa.
-

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

En resumen, la estructuración de las sesiones en la AC es coherente con otras terapias conductuales y cognitivo-conductuales en las que el tratamiento está dirigido hacia el objetivo y cada sesión sigue una agenda establecida en colaboración entre el cliente y el terapeuta. En la AC no hay una estructura concreta de sesión tras sesión y el tratamiento puede parecer bastante diferente entre un cliente y otro. Los principios rectores proporcionan la estructura al terapeuta, el cual ajusta su estilo a un cliente concreto y ayuda a los clientes a activarse con el fin de aumentar la probabilidad de contactar con reforzadores positivos y comprometerse cada vez más con una conducta antidepresiva.

El estilo del terapeuta

La AC es un tratamiento orientado hacia la acción, y el estilo con el que el terapeuta estructura el tratamiento y estimula la actividad es decisivo. En este apartado, analizaremos algunos aspectos clave del estilo del terapeuta (resumido en la Tabla 3.2) entre los que se incluyen la validación, la colaboración, una actitud sin juicios de

valor, ser cordial y sincero y trabajar para reforzar los informes o los ejemplos de conducta adaptativa en cada sesión. Muchas de estas estrategias de estilo son coherentes con otras psicoterapias y no representan necesariamente elementos únicos de la AC. Sin embargo, esta superposición no les convierte en elementos menos importantes en la AC. Las formas en las que interactúa el terapeuta con el cliente en relación al proceso de cambio desempeñan un papel esencial en el enfoque de la AC.

La validación

La validación de un cliente implica la manifestación de la comprensión de la experiencia de dicho cliente. Se han escrito muchos estudios sobre la validación en la terapia conductual (por ejemplo, Linehan, 1993). La validación es un elemento que tiene un papel importante en la AC y que requiere de todas las destrezas auditivas básicas que han sido ampliamente analizadas en obras sobre práctica clínica. El ser experto en «leer» a los clientes es un componente esencial de la AC. Los terapeutas de AC pueden utilizar las destrezas de expresar de otro modo o de hacerse eco de las palabras de los clientes. A menudo, la respuesta exacta a la comunicación sutil o no verbal de los clientes es una parte crítica de la validación. Por ejemplo, durante una conversación sobre la actividad social en la que Alicia había participado, esta dejó de mirar a Beth para bajar la vista a sus pies. Después de un par de minutos, Beth preguntó: «He observado que no me miras cuando hablamos sobre tu comida con Meg. ¿Ha cambiado algo en ti mientras hablamos?». Alicia comenzó a llorar y dijo: «Bien, en realidad lo pasé fatal con Meg, aunque fuimos a cenar y dije que me causó una sensación de logro. Sentí mucha envidia por algunas de las cosas buenas que le habían sucedido y me parece que es una estupidez que yo me sienta así». Si Beth no hubiera estado atenta al cambio sutil en la conducta del cliente, simplemente podría haber analizado la actividad como un elemento que aportó a Alicia la sensación de logro, pero no como un elemento que también generó sentimientos de envidia y de culpabilidad.

Una validación efectiva implica también por lo general comunicar que comprendemos la experiencia del cliente, basándonos en el historial de este o en su contexto actual. Durante las entrevistas iniciales, el terapeuta escucha con atención el relato del cliente sobre los acontecimientos históricos que han tenido un impacto en su vida. El terapeuta responde al cliente presentándole los acontecimientos vitales que pueden haber contribuido a su depresión durante la presentación del modelo. Este es un buen momento para comprobar con el cliente que el terapeuta ha comprendido por completo el relato. El terapeuta utiliza también las propias palabras del cliente para hablar sobre los síntomas de la depresión que este experimenta. Por último, el terapeuta enumera las respuestas a los síntomas que son comprensibles, dada la trayectoria vital y el estado anímico actual del cliente, pero esto podría empeorar la depresión, reducir el acceso al refuerzo positivo o complicar aún más la vida del cliente. Dichas respuestas a síntomas depresivos pueden ser consideradas como problemas secundarios (Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001). La mayoría de los clientes ven que este proceso de analizar el modelo con el terapeuta es válido y preciso por lo que respecta a su experiencia. Si el cliente no está de acuerdo, el terapeuta debe estar abierto a la comprensión de las percepciones que el cliente tiene de su propia experiencia y, por tanto, debe realizar modificaciones en la presentación del modelo. La falta de validación por parte del terapeuta implica que «no entiende» las interacciones con el cliente, y el terapeuta de AC debe trabajar para prevenir dichos lapsus en la comprensión.

Podemos apreciar una validación adecuada en la siguiente interacción entre un terapeuta y su cliente depresivo de 78 años de edad:

CLIENTE: Lo pasé realmente mal cuando esta semana fui a la oficina de correos con el fin de comprar unos sellos que necesitaba para enviar las cartas con las tareas de la terapia de la semana pasada.

TERAPEUTA: ¿Cuál fue la causa de la dificultad?

CLIENTE: Sobre todo que me dolieron muchos las caderas y las rodillas y aun así continué esperando hasta que me sentí mejor y pude

recorrer las seis manzanas hasta llegar allí. Además, tengo que subir y bajar los tramos de escaleras de mi apartamento. No necesitaba comprar alimentos, así que no salí.

TERAPEUTA: Lo entiendo. Siento que fuera tan doloroso para usted. Parece que el dolor físico fue una barrera real para cumplir el plan del que hablamos la semana pasada.

CLIENTE: Sí, lo fue.

TERAPEUTA: La semana pasada hablamos sobre lo importante que es para usted sentirse conectado con sus hijos y parecía que el plan de enviarles cartas con regularidad era bueno para eso. Sé que el dolor fue una barrera la semana pasada. Me pregunto si sigue pensando que es un plan que merece la pena seguir.

CLIENTE: En realidad, sí. Pero no estoy seguro de poder hacerlo.

TERAPEUTA: Es una buena observación. Quizás haya otra forma de adquirir los sellos que usted necesita. ¿Podríamos hablar hoy sobre eso con un poco más de profundidad?

CLIENTE: Supongo que sí. Creo que hoy en día puedes comprar los sellos a través de internet, pero yo nunca lo he hecho.

TERAPEUTA: ¿Tiene usted acceso a internet?

CLIENTE: Sí, no utilizo el ordenador muy a menudo, pero puedo intentarlo si lo necesito.

TERAPEUTA: Bien, hablemos sobre cómo podría usted conseguir los sellos sin subir ni bajar escaleras, ni pasear de un sitio a otro cuando siente dolor.

En la interacción, el terapeuta ha validado la dificultad del cliente en el contexto de la experiencia actual de este último. Esta interacción nos pone de manifiesto que el terapeuta entendió lo que el cliente estaba diciendo y que lo consideró una experiencia creíble y válida. Al mismo tiempo, el terapeuta continuó alentando al cliente para que se encaminase hacia el plan de activación que habían analizado anteriormente. De esta forma, el terapeuta validó la perspectiva del cliente y ayudó a encontrar alternativas de resolución de problemas para que el cliente pudiera contactar con sus hijos mediante las cartas, lo cual era una conducta sumamente deseable para el cliente.

La colaboración

La importancia de la colaboración en la AC está presente en todo el tratamiento. Todo lo que el terapeuta hace en la AC, desde la presentación del modelo hasta la monitorización de la conducta del cliente y el desarrollo de estrategias de activación, se realiza en colaboración con el cliente. Los terapeutas de AC que utilizan la colaboración animan a sus clientes a adoptar un papel activo durante las sesiones y comparten la responsabilidad con ellos para permitirles funcionar juntos como si fueran un «equipo». Por ejemplo, en cada sesión los terapeutas comienzan, con actitud de colaboración, realizando una lista con las aportaciones del cliente a la hora de establecer la agenda de la sesión y terminan, con actitud de colaboración, acordando las tareas apropiadas.

La antítesis de la colaboración en la AC implica la monopolización de la sesión por parte del terapeuta, el forzar una agenda o, en el otro extremo, adoptar una actitud excesivamente pasiva como respuesta al cliente. El terapeuta es el experto en el tratamiento de activación, mientras que el cliente es el experto en su propia experiencia. Un terapeuta que no sea colaborador no tiene en cuenta esta actitud. Los terapeutas incapaces de asumir una actitud de colaboración pueden fracasar también a la hora de estar abiertos a la influencia del cliente en momentos importantes de la sesión. Por el contrario, los terapeutas colaboradores son sensibles a la conducta del cliente y modifican agendas e intervenciones de forma adecuada.

No hacer juicios de valor

El trabajo con clientes depresivos puede convertirse en un reto, especialmente cuando los clientes no se comprometen con las conductas planeadas o cuando manifiestan un cambio insuficiente en su estado anímico. Por ejemplo, un cliente llega a la sexta sesión después de haberse comprometido con anterioridad a ducharse cada día. El terapeuta y el cliente habían trabajado dedicando gran esfuerzo durante la sesión precedente a diseñar este plan con cuidado y de forma personalizada y, al terminar la sesión, se habían sentido ani-

mados porque habían desarrollado un plan de acción factible. Sin embargo, en esta sesión el cliente comunica al terapeuta que ha tenido una semana agitada y que no se ha duchado ni salido de casa desde la última sesión. En estos momentos puede ser fácil caer en la tentación de culpar al cliente porque no avanza, o es posible que el terapeuta exprese frustración hacia el cliente porque no experimenta cambios de forma más rápida o sencilla. En la AC, por el contrario, dichas situaciones requieren del terapeuta una respuesta neutra, sin emitir juicios de valor ni reaccionar de manera exagerada ni minimizar la conducta del cliente. Una actitud sin juicios de valor reduce la posibilidad de ser percibido como un individuo que trata a los clientes de forma hostil, degradante o crítica. En cambio, el terapeuta debe mantener el centro de atención en la comprensión de las barreras que hay que cambiar y en el trabajo de colaboración con el cliente para desarrollar así planes de acción más efectivos. En el capítulo 8 nos centraremos en concreto en cómo el terapeuta puede utilizar la detección de problemas y el desarrollo de soluciones para responder sin juicios de valor a los retos que supone la activación.

Cordialidad y sinceridad

Un aspecto clave al llevar a cabo la AC es expresar cordialidad y sinceridad hacia el cliente de un modo auténtico. La mayoría de los terapeutas piensan que es fácil experimentar una sensación de cordialidad y un interés sincero con respecto a sus clientes. El énfasis en la sinceridad ayuda a recordar al terapeuta que puede comunicar dichos sentimientos de forma coherente con su estilo general; sencillamente, el terapeuta puede ser él mismo con los clientes. Por otro lado, los terapeutas que no conectan con sus clientes de forma empática pueden parecer fríos y poco compasivos. A continuación vamos a ver una interacción en la que un cliente habla con un terapeuta acerca de una pérdida muy dura. En el primer ejemplo, el terapeuta no es empático; en el segundo, utiliza una respuesta empática, fingida y forzada; en el tercero, es cordial y sincero.

Ejemplo 1

CLIENTE: Bien, hace cerca de cinco meses mi mejor amiga murió en un accidente de tráfico cuando iba a trabajar. En pocas palabras, me di cuenta de que era ella cuando reconocí su coche en las noticias, porque ese día yo estaba enferma en casa.

TERAPEUTA: Fue una verdadera casualidad que lo vieras en la televisión.

CLIENTE: Supongo que sí. Fue terrible. Llamé al teléfono móvil de mi amiga inmediatamente y un policía respondió y me dijo que se había producido un accidente y me preguntó si yo sabía cómo contactar con la familia de la víctima.

TERAPEUTA: Ajá.

CLIENTE: Aún sigo pensando en los últimos minutos de mi amiga. ¡Qué miedo debió pasar!

TERAPEUTA: Parece que te estás torturando con estos pensamientos repetitivos. En la AC trabajaremos la forma de encontrar alternativas a la rumiación de las cosas que te hacen estar disgustada.

Ejemplo 2

CLIENTE: Bien, hace cerca de cinco meses mi mejor amiga murió en un accidente de tráfico cuando iba a trabajar. En pocas palabras, me di cuenta de que era ella cuando reconocí su coche en las noticias, porque ese día yo estaba enferma en casa.

TERAPEUTA: Ajá. Percibo tristeza en tu voz. Tuvo que ser muy duro para ti.

CLIENTE: Fue muy duro y aún lo es. Pienso en ella todo el tiempo. No dejo de pensar en los últimos minutos de su vida.

TERAPEUTA: Me imagino que es difícil pasar por todo esto.

Ejemplo 3

CLIENTE: Bien, hace cerca de cinco meses mi mejor amiga murió en un accidente de tráfico cuando iba a trabajar. En pocas palabras, me di cuenta de que era ella cuando reconocí su coche en las noticias, porque ese día yo estaba enferma en casa.

TERAPEUTA: ¡Vaya! Es horrible que una amiga haya muerto de repente, pero qué modo tan terrible de enterarse.

CLIENTE: Sí, fue casi como si estuviera viéndolo. Llamé a su teléfono móvil inmediatamente, pero respondió un policía y me dijo lo que había sucedido.

TERAPEUTA: ¿Cómo pudiste asimilar toda esa información?

CLIENTE: Bueno, supongo que me desmoroné. Me preguntaron si sabía cómo contactar con su familia. Yo sabía el nombre de su madre y me imaginé que lo tendría en su teléfono móvil.

TERAPEUTA: ¿Estuviste sola todo ese tiempo?

CLIENTE: Sí, estuve sola. No pensé en llamar a nadie. Supongo que la policía estaba ocupada con el accidente y que no tuvieron la oportunidad de recorrer toda la agenda de su teléfono móvil. Ni siquiera pude recordar el nombre de su madre, aunque lo sabía. En lugar de llamarles yo, lo hizo la policía.

TERAPEUTA: No creo que haya nadie tan rápido como para pararse a pensar en esos detalles si se halla en un estado de conmoción.

CLIENTE: Todavía pienso en sus últimos minutos de vida, qué miedo debió pasar.

TERAPEUTA: Por supuesto, me parece que es una reacción completamente natural.

Aunque estos ejemplos son solamente ilustrativos, hemos observado ejemplos parecidos de conducta terapéutica. El último ejemplo muestra de forma intencional cómo el cliente aporta más detalles. Cuando el terapeuta es realmente cordial, es más probable que el cliente se abra. Es más fácil confiar en alguien que da la impresión de ser justificadamente afectuoso que en alguien frío y distante, o que parece que está fingiendo. El sentimiento de cordialidad hacia el cliente puede ser un reto en algunos momentos incluso para la mayoría de los terapeutas expertos. En dichas ocasiones, a menudo sugerimos que los clínicos vuelvan al modelo básico de tratamiento y a la conceptualización del caso y que se pregunten si hay aspectos importantes del contexto o historia vital del cliente que están pasando por alto. También puede ser útil recordar la práctica de no emitir juicios de valor y de mantener un enfoque de resolución de problemas.

Cuando nos encontramos con un cliente especialmente desagradable, hostil o que de algún modo supone un desafío, el terapeuta puede recordar el proceso vital que condicionó al cliente para actuar de esa manera. Posteriormente, el hecho de recordar que muchos clientes que suponen un reto ven que su vida es difícil, puede aumentar la empatía del terapeuta. Cuando el cliente reta al terapeuta de forma repetitiva no realizando las tareas o no comprometiéndose del todo en la terapia, el terapeuta puede tomar parte en la resolución del problema con una actitud de curiosidad por las eventualidades que influyen en la conducta del cliente. Finalmente, el contar con el apoyo continuo de un equipo de consulta puede ser inestimable a la hora de mantener la cordialidad y la sinceridad con respecto a los clientes, incluso cuando los avances son lentos.

Trabajar para reforzar los informes o ejemplos de conducta adaptativa en la sesión

Los clientes pueden dar muestras de una conducta adaptativa en las sesiones en una amplia variedad de formas. Algunos clientes llegan a las sesiones bien preparados para informar verbalmente sobre los pasos activos que han dado desde la sesión precedente. Pueden informar sobre el diario de tareas o sobre una conversación acerca del compromiso social, el ejercicio, el trabajo o las tareas domésticas. Quizás otros clientes puedan manifestar una mejoría en la conducta adaptativa durante la propia sesión realizando en ella cosas que evidencian un aumento de la activación y del compromiso en ese momento. Por ejemplo, un cliente que normalmente se mira los zapatos durante la sesión podría ponerse derecho y así establecer contacto visual con más facilidad.

No hay una receta para la forma de reforzar con éxito los informes o expresiones de conductas adaptativas. El refuerzo es complicado. Solo sabemos que una consecuencia o recompensa ha servido realmente como refuerzo cuando apreciamos un aumento de la conducta que se pretendía. De este modo, el terapeuta deberá hacer predicciones basadas en su experiencia clínica, en su conocimiento de un cliente concreto y en aquello que parece reforzar el cambio posi-

tivo. Para la mayoría de los clientes, las alabanzas, el entusiasmo sincero y/o la atención por parte del terapeuta son reforzadores significativos. Supervisar la tabla de actividades del cliente dirigiéndole expresiones como «¡Vaya, es terrible!», o incorporándose y respondiéndole cordialmente, son formas de reforzar al cliente. Por ejemplo, un cliente que había permanecido muy inactivo dijo que había ido al mercado a comprar productos frescos y el terapeuta respondió con verdadero interés y curiosidad diciendo: «Es un cambio en ti el hecho de ir al mercado. ¿Fue difícil? ¿Cómo pudiste hacerlo?». Con esta respuesta, el terapeuta manifiesta que percibe el cambio, que reconoce que este cambio supuso un esfuerzo por parte del cliente, y comunica la importancia de este paso a través de preguntas abiertas.

El punto clave es que el terapeuta permanezca alerta de forma más constante ante los informes o expresiones de conducta adaptativa y que, a continuación, responda a ellos de forma sistemática de tal modo que aumente la probabilidad de que el cliente continúe dicho cambio positivo. El terapeuta experto no deja que nada pase desapercibido. Cualquier informe o expresión de conducta adaptativa es una oportunidad para que el terapeuta refuerce de forma selectiva dicha conducta.

Resumen

La AC es una terapia estructurada que está orientada a la acción. Aunque el proceso del tratamiento se adapta a cada cliente, la estructura del tratamiento y el enfoque general del terapeuta son elementos constantes. La Tabla 3.2 nos proporciona una breve sinopsis del «estilo» de un terapeuta típico de AC. Los terapeutas estructuran el tratamiento en colaboración con el cliente, estableciendo una agenda en cada sesión, teniendo en cuenta que la activación es el objetivo clave que se persigue en la terapia. Por supuesto, el terapeuta comienza recopilando una comprensión general sobre la depresión del cliente y sobre el contexto en el que se ha producido. Dicha comprensión establece el escenario para el desarrollo de los objetivos del tratamiento con el fin de poder aumentar o reducir determinadas conduc-

tas. El terapeuta efectúa su labor con el cliente manteniendo una actitud de validación, sin emitir juicios de valor, asegurándose de que el cliente comprende los fundamentos y las expectativas del tratamiento. Durante la sesión de terapia, el terapeuta trabaja también para reforzar los informes o ejemplos presentes de conductas adaptativas del cliente. Estos elementos del tratamiento son considerados necesarios para utilizar de forma efectiva una valoración fundamental y las estrategias de activación de la AC que analizaremos en los capítulos siguientes.

4

Identificación de los componentes del antidepresivo conductual

«La vida consiste en adentrarnos en lo desconocido y adaptar nuestras acciones a este nuevo conocimiento así adquirido».

León Tolstoi (1828-1910)

Alicia se sentía deprimida todos los días y lo pasaba mal cuando intentaba recordar si había habido algún tiempo en el que no se sintiera así cada día. Siempre se había considerado ansiosa, y la ansiedad era penosa, pero no le afectaba tanto como la profunda depresión en que se encontraba. Su terapeuta, Beth, le dijo que trabajarían juntas para comprender mejor las conductas y situaciones que estaban asociadas a su depresión, así como su angustia y las dificultades en las relaciones con los demás. A Alicia esto le parecía extraño y pensó: «Me siento muy mal siempre... entonces, ¿qué sentido tiene identificar conductas y situaciones? No hay ningún momento en el que no me sienta deprimida o preocupada». Beth sugirió que tal vez hubiera fluctuaciones en su estado anímico que ellas podrían identificar si prestaban especial atención a sus experiencias diarias. Comenzaron hablando de forma pormenorizada sobre las primeras horas de esa misma mañana, antes de que Alicia

llegara a la terapia. Beth preguntó sobre el estado depresivo de Alicia y sobre otras emociones asociadas a varias conductas.

Alicia expresó que había dado un paseo hasta la tienda de comestibles y, cuando pensó en ello, se dio cuenta de que quizás su ánimo había mejorado ligeramente. Sin embargo, fue una sensación muy breve y pensó: «¿De verdad es tan importante?». De camino a casa desde la tienda, solo unos minutos después, comenzó de nuevo a sentirse deprimida, y cuando volvió a entrar en su piso era como si toda su energía se hubiera consumido.

Cuando Beth oyó esto, preguntó a Alicia si solía sentirse peor cuando estaba en su apartamento. Alicia se preguntó si su apartamento podría estar asociado con todas las cosas dolorosas que le habían sucedido últimamente. A medida que hablaban, Beth destacó los tipos de actividades que Alicia realizaba en su apartamento. Hablaron sobre lo frecuente que era el hecho de que Alicia estuviera tumbada en la cama, entre dormida y despierta, o leyendo revistas que describía como «una estúpida pérdida de tiempo». Alicia reconoció que se sentía sola y que no podía pensar en nada que pudiera hacer en su apartamento.

Relató un hecho frecuente que era especialmente doloroso, ya que creía que había contribuido al distanciamiento de sus amigos. Alicia había comenzado a temer el sonido del teléfono. Su teléfono tenía identificador de llamadas con voz computerizada que mostraba el número o el nombre de la persona que llamaba. Se había aislado tanto que, cuando el teléfono sonaba, inmediatamente se ponía tensa, temiendo que uno de sus amigos podría llamar para visitarla o para preguntar si quería quedar para ir a un acto social. Si el número de identificación de la persona que llamaba era de un vendedor, Alicia se sentía ligeramente molesta pero también aliviada. Si llamaba un amigo, Alicia escuchaba durante un momento la pronunciación computerizada del nombre y bajaba el volumen del teléfono. Cuando no podía oír el nombre, se sentía ligeramente aliviada, pero no se sentía totalmente tranquila hasta que había borrado todos los mensajes, prestando escasa atención a lo que se decía. Tras pensar «le llamaré cuando me encuentre mejor», se quedaba dormida y después se despertaba sintiéndose aún más vacía y sola.

Introducción

La AC es una aproximación altamente idiográfica al tratamiento. Las intervenciones del tratamiento están diseñadas a medida de cada individuo. El proceso de la terapia de Alicia puede parecer muy diferente al de otro cliente que busca tratamiento para la depresión. Cuando se ofrece un tratamiento tan flexible, ¿cómo determina el terapeuta lo que hay que hacer? ¿Cómo comienza a pensar la terapeuta de Alicia dónde centrar las intervenciones y cómo proceder con el proceso de cambio para ayudar a Alicia a comenzar a superar su depresión y a sentirse bien con el paso del tiempo?

La base de la AC es el proceso de valoración. A lo largo de este proceso, el terapeuta de AC identifica la forma de individualizar el tratamiento e identifica lo que produce los problemas que el cliente está experimentando y lo que probablemente conducirá a la mejoría. El terapeuta de AC identifica qué objetivos del tratamiento aliviarán probablemente la depresión del cliente y le ayudarán a avanzar en la dirección de importantes objetivos vitales. Este capítulo explica cómo hacerlo. En primer lugar, describiremos lo que sirve de guía para nuestro proceso de valoración, a saber, la comprensión de los objetivos individuales del cliente. En segundo lugar, describiremos «cómo» realizar la valoración en la AC. Como en muchas terapias conductuales, aquí también se realiza una valoración que sirve de guía al terapeuta a lo largo del proceso del tratamiento.

Valoración de los objetivos

El proceso de valoración comienza con un análisis de los objetivos del cliente. Esta valoración es especialmente importante, ya que la AC es una terapia a corto plazo y orientada a la acción que requiere que los objetivos del tratamiento sean identificados al comienzo de la terapia. En términos generales, la meta de la AC es ayudar a los clientes a experimentar un contacto mayor con fuentes de recompensa en sus vidas y a resolver problemas vitales. Sin embargo, las metas específicas son muy individualizadas.

La valoración de los objetivos del cliente requiere la colaboración entre el cliente y el terapeuta. Aunque el énfasis en la activación es el sello distintivo de la AC, los terapeutas no pueden pedir simplemente a los clientes que se pongan a trabajar. De hecho, la mayoría de los individuos con depresión ya han escuchado este consejo o se han dicho miles de veces a sí mismos: «¡Simplemente, hazlo!». Sin embargo, asumimos que si pudieran sin más dejar de ir al terapeuta y ponerse a correr, ya lo habrían hecho sin el problema ni el coste de la búsqueda de ayuda profesional. Por eso es importante que empecemos el tratamiento preguntándonos: «¿Qué *quiere* el cliente?».

Al principio, muchos clientes quieren sentirse mejor. Es un deseo razonable para alguien que está deprimido, pero es difícil de lograr. En el modelo conductual se espera que en última instancia la activación y el compromiso con las actividades tengan una influencia positiva en el estado anímico. Por lo tanto, es importante moverse rápidamente desde los sentimientos deseados hacia las conductas deseadas y los objetivos personales. Las personas pueden dar muchos pasos a corto plazo encaminados a la acción en la consecución de un objetivo a largo plazo. El compromiso con respecto a los objetivos a corto plazo puede perfectamente dar como resultado en el cliente una sensación de logro y de placer. Sin embargo, independientemente de cómo se sienta, el dar pasos hacia el objetivo deseado hace que el cliente avance y también mejora su situación vital.

El conocer lo que el cliente valora puede ayudar también a la hora de identificar los objetivos apropiados. El centrarse en los valores puede ser asimismo útil durante los periodos de bloqueo, en los que el cliente hace frente a objetivos en conflicto y que compiten entre sí. Hayes et al. (1999) establecen una diferencia entre valores y objetivos, definiendo «valores» como las consecuencias vitales deseadas que proporcionan una sensación de dirección, pero que (a diferencia de los objetivos) no pueden ser logrados u obtenidos de forma intencional. Las personas pueden actuar en todo momento según sus valo-

res y pueden perseguir objetivos que sean alcanzables a lo largo del camino. El valor elegido puede dirigir las acciones del individuo hacia un objetivo u otro. El hecho de centrarse en los valores es el trasfondo principal de los tratamientos conductuales, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC; Hayes et al., 1999). Recomendamos que los terapeutas aprendan sobre el trabajo con valores, que es por lo general una parte de la TAC y que puede integrarse fácilmente en la AC. Dahl, Plumb, Stewart y Lundgren (2009) ponen de relieve la importancia del trabajo con valores en la terapia y nos proporcionan estrategias para realizarlo basadas en la TAC. Mediante el análisis de los objetivos y de los valores, el terapeuta puede desarrollar una comprensión del tipo de vida que al cliente le gustaría tener, lo cual a su vez sirve para dar forma al modo de individualizar los objetivos de la AC para un cliente concreto.

Pongamos el ejemplo de una persona que valora ser un buen amigo. Su mejor amigo le ha pedido que durante el fin de semana le ayude a mover un pesado mueble con el fin de hacer espacio para unos invitados, y él es el único amigo que hay disponible. Sin embargo, el sábado se despierta muy deprimido y apático y quiere quedarse en casa con las persianas bajadas. Ahora tiene dos objetivos en conflicto y enfrentados: el objetivo de ayudar a su amigo necesitado y el objetivo contrario de someterse a la presión –dependiente del estado anímico– de retirarse del mundo durante ese día. Si actúa según lo que valora, es más probable que elija ayudar a su amigo. En ese caso, es más probable que se sienta un poco mejor al final del día y será menos probable que se aparte aún más y que se deprima más. En la AC puede ser útil evaluar los valores y objetivos básicos relacionados con los ámbitos de la familia, de las relaciones interpersonales, del trabajo y del ocio. Derek Hopko, Carl Lejuez y sus colegas han desarrollado también varios métodos creativos para valorar los objetivos y los valores del cliente. En su libro sobre el tratamiento de AC para la depresión en pacientes con cáncer, Hopko y Lejuez (2007) proporcionan una guía para que los clientes evalúen sus objetivos y valores en varios ámbitos.

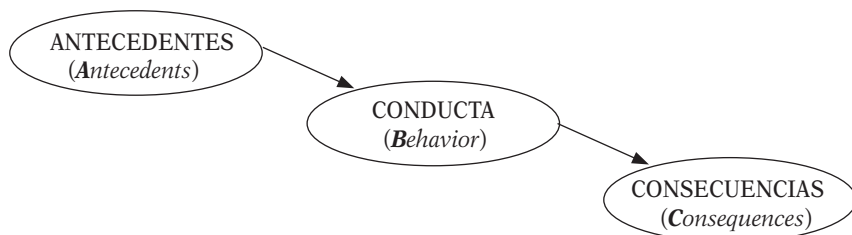
Los principios básicos de la valoración conductual

El tercer principio de la AC nos sirve de guía sobre el «cómo» realizar la valoración en la AC. Este principio implica investigar las pistas y descifrar lo que va a suponer un elemento antidepresivo, observando lo que precede y lo que sigue a una conducta importante. Por lo general, las personas desconocen las conexiones que entrelazan las distintas situaciones, actividades y sentimientos. En medio del proceso de la depresión, puede incluso ser más difícil reconocer dichas relaciones. El proceso de la valoración en la AC nos ayuda a suministrar los datos tanto al clínico como al cliente con respecto a estas importantes relaciones. La detección de dichas relaciones nos ayuda a guiar la identificación de los objetivos conductuales del tratamiento que nos llevarán a conseguir los objetivos del mismo.

¿Cómo se las ingenia el terapeuta para hacer esto? En primer lugar, el terapeuta formula preguntas para *definir y describir los problemas clave* que el cliente experimenta. En segundo lugar, el terapeuta *valora los síntomas y las consecuencias* de las conductas del cliente. En tercer lugar, una vez que el terapeuta ha desarrollado una comprensión de los síntomas y de las consecuencias de ejemplos concretos de la conducta del cliente, comienza a *valorar los patrones de conducta* que tienen lugar a lo largo del tiempo en distintos escenarios. A menudo, la comprensión de estos patrones hace posible que el terapeuta sepa lo que hay que cambiar para poder aliviar la depresión.

Para llevar a cabo una valoración conductual de forma productiva es útil que el terapeuta de AC comprenda el «ABC» (*Antecedent – Behavior – Consequence*) básico de la conducta. Para comprender los A, es importante apreciar que toda conducta es contextual, es decir, que la conducta tiene lugar en situaciones *concretas*. A estas situaciones podemos denominarlas «antecedentes»: los A. La B (*behavior*) hace referencia a la «conducta» que intentamos comprender. A menudo, las B son lo que lleva a las personas a la terapia, como, por ejemplo, las peleas con la pareja, el no asistir al trabajo durante días, el no tener éxito a la hora de encontrar trabajo, etcétera. En breve analizaremos con más detalle la forma de definir y describir las B. Y, por último, todas las conductas tienen algún efecto –estas son las «consecuencias», las C (véase la Figura 4.1).

Figura 4.1. Análisis funcional. Dados determinados antecedentes (A), tiene lugar una conducta (B) y las consecuencias (C) determinan si la conducta aumenta (es decir, es reforzada) o se reduce (es decir, es castigada).



Definición y descripción de la conducta

Comencemos hablando sobre las *B*. Es importante definir y describir los problemas principales de la conducta. Cuando realizan valoraciones conductuales, los terapeutas necesitan a menudo hacer muchas preguntas sobre las conductas de sus clientes para poder comprenderlas de forma concreta. Con frecuencia resulta útil pensar en los problemas como conductas que deben ser fomentadas o inhibidas.

Las conductas que hay que aumentar incluyen las que probablemente ponen al cliente en contacto con el refuerzo positivo en el ambiente y solucionan problemas o mejoran en términos generales la calidad de vida. Estas actividades deben ser incrementadas porque aportan una recompensa a la vida del individuo, bien a través de una sensación de capacidad o placer, o bien mediante la resolución de problemas. Estas conductas pueden verse aumentadas mediante la programación de actividades. Analizaremos este tema con más detalle en el capítulo 5. Otra conducta frecuente que debe ser aumentada es el abordaje de los problemas de forma activa y la utilización de la resolución de problemas. Con frecuencia los clientes con depresión llegan con multitud de problemas que les abruman y bloquean. Como preparador, el terapeuta ayuda al cliente a dividir las tareas en pasos más pequeños, a priorizar, a aprender las habilidades necesarias, y a sellar el compromiso de enfrentarse al problema.

Las conductas que hay que reducir incluyen las que hacen que la vida del cliente sea más difícil o las que interfieren en la gestión de las necesidades del individuo; por lo general, son los patrones de evitación. Dichas conductas pueden incluir la rumiación, el compromiso con una conducta que es congruente con el estado anímico, pero que es contraria al objetivo del individuo, u otra conducta de huida o evitación como la bebida. Estas conductas se afianzan a menudo mediante el refuerzo negativo, ya que tienden a aportar a corto plazo un alivio de una circunstancia o contexto aversivo, pero a menudo y a largo plazo contribuyen a una mala adaptación.

Una vez que el terapeuta ha definido y descrito los problemas, es importante incorporar el tercer principio de identificación de los antecedentes y las consecuencias de la conducta del cliente –los A y las C–. A medida que el terapeuta construye una comprensión de los ejemplos concretos de la conducta del cliente, también puede comenzar a tejer una comprensión de los patrones importantes de conducta que persisten a lo largo del tiempo y en distintos escenarios.

Antecedentes y conductas

Las relaciones entre los A y las B son con frecuencia muy importantes en la AC. Determinados antecedentes aumentarán la probabilidad de que se produzcan determinadas conductas. De hecho, con frecuencia hemos sido condicionados para sentir y pensar de determinadas formas bajo circunstancias concretas a través del proceso del condicionamiento clásico o respondiente (Pavlov, 1927; Watson y Raynor, 1920; Wolpe, 1958). El condicionamiento respondiente hace referencia a las formas en las que el emparejamiento normal de los acontecimientos afecta a la conducta humana. Algunos acontecimientos de nuestro entorno suscitan respuestas sin requerir un condicionamiento o un entrenamiento especial. Por ejemplo, tenemos un reflejo de sobresalto cuando oímos un ruido fuerte. Otras situaciones son relativamente neutras, pero pueden ser emparejadas con un sentimiento intenso. Por ejemplo, caminar por el campo es para la mayoría de las personas un acontecimiento neutro; sin

embargo, si un individuo recorre un largo camino por el campo que está junto a una zona de entrenamiento militar en la que se detonan explosivos, puede que el individuo comience a sentir un ligero temor cuando se acerca a un campo abierto. Esta sensación de temor reflejaría el emparejamiento del estímulo incondicionado (el ruido fuerte) que provoca un reflejo de sobresalto con el estímulo neutro del campo, y puede dar como resultado que el campo asuma algunas de las propiedades que provocan ansiedad y que los ruidos fuertes traen consigo.

Estos tipos de relaciones entre los *A* y las *B* suelen ser importantes en la comprensión de las experiencias de depresión de nuestros clientes. Jack nos proporciona un buen ejemplo de este fenómeno. Jack creció en el seno de una familia de clase trabajadora y fue enviado a un instituto de secundaria de élite gracias a una beca. Durante la etapa escolar, se dio cuenta de que a sus elegantes compañeros les resultaba más fácil que a él la gestión de las clases y las relaciones sociales. A veces también le tomaban el pelo por no estar familiarizado con determinadas referencias culturales (como los nombres de famosos jugadores de tenis, que para Jack, un muchacho de clase trabajadora, eran menos conocidos). La familia de Jack no había viajado nunca y por eso se sentía avergonzado y llamaba la atención en clase cuando sus iguales decían que habían pasado los veranos en el extranjero. Para él, la mirada de sus elegantes compañeros se convirtió en un estímulo que provocaba pensamientos negativos sobre sus fracasos y defectos. Esta respuesta condicionada continuó hasta la edad adulta y se hizo evidente cuando obtuvo un puesto de directivo en su empresa. Cuando empezó a asistir a reuniones de nivel directivo superior, la mera presencia de colegas expertos le producía ansiedad y pensamientos negativos. Tenía dificultad para hablar en las reuniones aunque tuviera importantes aportaciones que ofrecer; en más de una ocasión, mientras permanecía sentado en silencio sopesando soluciones para sus propios problemas, uno de sus colegas expresó con precisión la misma idea que él tenía. Su incomodidad con respecto a las «personas de clase alta» estuvo condicionada de forma clásica en sus primeros años escolares y continuó influyendo en su

conducta. Con el tiempo, Jack comenzó a evitar estas reuniones y el rendimiento de su trabajo se resintió, iniciándose un ciclo de retraimiento y de depresión.

De esta manera, nuestros sentimientos, pensamientos y acciones tienen lugar bajo determinadas condiciones en determinados ambientes. A menudo, los sentimientos que experimentamos han estado condicionados a lo largo del proceso de experiencia de angustia o placer bajo similares condiciones (el condicionamiento respondiente), y después nuestras conductas bajo estas condiciones se mantienen gracias a las consecuencias. Melanie, cuyo hijo de tres meses de edad murió de repente hace dos años, experimentó un dolor abrumador cuando le pidieron que abrazara al recién nacido de una amiga. Para Melanie, el antecedente de estar junto a un niño aumentó la probabilidad de sentir dolor. Al igual que Jack y Melanie, muchos de nuestros clientes han tenido varias condiciones emparejadas con sentimientos dolorosos en las primeras experiencias vitales. Es frecuente que nuestros clientes hayan perdido de vista estos factores contextuales y su profundo efecto en sus sentimientos. Una de las tareas del terapeuta de AC es comenzar a esclarecer las relaciones existentes entre los antecedentes y las conductas importantes.

Conductas y consecuencias

En la AC se hace mucho hincapié en las relaciones entre las *B* y las *C*. Cuando una conducta va seguida de una consecuencia que la aumenta, decimos que la conducta ha sido reforzada. Cuando una acción da como resultado el logro de algo deseado, esa acción ha sido reforzada positivamente. Cuando alguien se presenta a un nuevo vecino y el vecino responde diciendo lo encantado que está por el hecho de conocerle y tienen posteriores conversaciones de vez en cuando, sabemos que la acogida del vecino ha sido reforzada positivamente.

También aprendemos evitando lo que no queremos. Cuando una conducta da como resultado la eliminación de algo nocivo para el organismo, es probable que esa conducta se produzca de nuevo bajo condiciones similares. Decimos que la conducta ha sido reforza-

da negativamente. Por ejemplo, Jack respondió a su malestar por las reuniones de dirección quedándose en la cama y evitando dichas reuniones en la medida de lo posible. Cuando lo hizo, su sentimiento de incomodidad se redujo; de esta forma, el hecho de quedarse en la cama y llegar tarde a las reuniones se vio reforzado de manera negativa. Desgraciadamente, con el tiempo la conducta de Jack mantuvo también la respuesta condicionada de incomodidad con sus compañeros de trabajo, en lugar de ser reemplazada por una conducta que afrontara dicha respuesta haciendo que Jack expresara sus ideas y que le diera la oportunidad de experimentar una sensación de logro y de dominio.

La conducta también puede ser castigada. Cuando la consecuencia de una conducta disminuye, la probabilidad de que suceda de nuevo bajo circunstancias similares –tanto si es malo que la consecuencia suceda como si es bueno que sea anulada–, decimos que la conducta ha sido castigada. De este modo, si Jack comenzara a hablar en las reuniones y un colega superior respondiera en tono burlón, es probable que la asertividad de Jack fuera castigada y, por lo tanto, sería menos probable que se produjera de nuevo en el futuro. De igual forma, si Jack hablara y el resultado fuera que la elección de su oficina de destino fuera asignada a otra persona poco después, de igual modo es probable que sus intervenciones se redujeran.

La función de una conducta hace referencia a las consecuencias concretas, como el refuerzo o el castigo que sigue a una conducta. En la AC nos interesa bastante la función de la conducta. De hecho, nos interesa más la función de la conducta que el tipo de conducta o el modo en que se nos presenta. Por ejemplo, en su atractiva y popular obra sobre el conductismo y sobre las técnicas de entrenamiento positivo, Amy Sutherland (2008) señala que, aun cuando los humanos deseamos expresar afecto mediante un abrazo, para muchos animales el hecho de ser abrazados con fuerza significa que están a punto de ser devorados. De este modo, la función del abrazo para un animal es infundir terror –aunque para los humanos la forma o el modo que «presenta» la conducta sugiere la construcción de un lazo de afecto.

Darren es un buen ejemplo de la importancia de la función sobre la forma de una conducta. Había estado deprimido durante dos años antes de acudir a la terapia. Su historial familiar incluía la muerte de su hermana menor cuando él tenía 15 años. Cuando Darren iba en bicicleta con su hermana de once años, atravesó un cruce mientras su hermana le seguía y justo cuando su hermana se encontraba en medio de la calle, un coche tomó la curva de forma precipitada, la golpeó y la hermana murió cinco días después en el hospital. Después de este fallecimiento, la madre de Darren sufrió una depresión que se mantuvo durante la mayor parte de los años en que él estudiaba enseñanza secundaria. No había más hijos en la familia y el padre de Darren era un ocupado contratista que se quedaba trabajando tarde por las noches después de la muerte de Amy y rara vez pasaba tiempo con Darren. La familia tenía mucho dinero y envió a Darren a una prestigiosa universidad donde se graduó con matrícula de honor. Luego comenzó una exitosa carrera de administración de empresas. A la edad de 38 años, Darren era una persona con éxito, estaba felizmente casado y tenía un hijo y una hija.

La depresión de Darren comenzó cuando su hija tenía ocho años y tras la muerte de su tío a causa de un ataque cardíaco. Darren mantenía una relación cercana con su tío y había pasado los veranos en su granja desde los 16 años hasta que entró en la universidad. La hija de Darren tenía diez años cuando este comenzó la terapia. A pesar de su depresión, pasaba mucho tiempo jugando con su hija. En concreto disfrutaban de actividades al aire libre como excursiones, béisbol y natación. Darren y su esposa montaban en bicicleta con su hija por los itinerarios locales. Siempre iban en bicicleta en familia e intentaban seguir los itinerarios todos los fines de semana al ponerse el sol. A cualquier observador esto le parecería una conducta productiva orientada hacia la familia que serviría para mejorar su estado anímico y bienestar, y sería buena tanto para la hija como para la vida familiar. Sin embargo, Darren no permitía que su hija montara en bicicleta en ningún otro momento y tanto él como su esposa discutían bastante sobre cuánta independencia permitirían a su hija. Le prohibieron montar en bicicleta en la calle e incluso montar con las familias de

alguno de sus amigos. El fin de semana en bicicleta se convirtió en una rutina servil que hacía posible que Darren evitara el sentimiento de ansiedad sobre la independencia de su hija y también el dolor que volvió a experimentar por su hermana cuando le preocupaba si su hija estaría recorriendo las calles de la ciudad en bicicleta. Aunque la forma de las acciones de Darren parecía la propia de «un papá activo y bueno», en realidad la bicicleta valió para despejar sus miedos ante un posible accidente de su hija y sirvió para reducir sus sentimientos de culpabilidad en relación a la muerte de su hermana y la posterior depresión de su madre. De este modo, la conducta funcionó como una forma sutil de evitar el afecto negativo provocado por la semejanza de esta situación con la del accidente de su hermana muchos años antes.

En la AC tratamos de averiguar cómo la conducta puede tener sentido en un contexto determinado. Buscamos situaciones que suscitan una conducta y las formas en las que la conducta se ve reforzada. En otras palabras, los aspectos más importantes para comprender cualquier conducta son las situaciones en las que se produce y las funciones para las que sirve. Con estos principios básicos en nuestro haber, volvamos a ver cómo el terapeuta aborda realmente la realización de la valoración en la AC.

La valoración del cómo: la tabla de actividades

La tabla de actividades es la herramienta principal que se utiliza en la AC para realizar valoraciones. Comenzamos la monitorización de las actividades familiarizando a los clientes con los objetivos de esta herramienta. Por lo general les decimos que la tabla nos proporciona el mejor medio para tratar de comprender cómo son las vidas de los clientes fuera de la hora de terapia. Animamos a los clientes a que, en lugar de confiar en la memoria, tomen nota de las actividades diarias y del momento en que ocurrieron de la forma más precisa posible. Les alentamos para que actúen como científicos que analizan detalladamente sus vidas, para que las examinen atentamente y para que tomen nota de las pequeñas cosas que de otra manera podrían ser consideradas irrelevantes.

Existen tablas estándar de actividades que por lo general son utilizadas en TCC y que nosotros utilizamos con frecuencia. Sin embargo, al mismo tiempo, permitimos una considerable flexibilidad en el modo en que los clientes realizan una monitorización de sí mismos. Básicamente, los clientes pueden utilizar cualquier formato que les resulte útil. Algunos anotan las actividades en aparatos electrónicos, otros escriben notas en *Post-it* o en calendarios. La elección del formato es menos importante que los datos recopilados. Como señaló nuestro amigo y colega Steve Hollon, «incluso aceptaríamos la información anotada en una servilleta» si ayudara al cliente a seguir la pista de una actividad y de un estado anímico. Las tablas estándar disponen por lo general de muy poco espacio para escribir (véanse los Apéndices 1b-1f). El cliente solamente debe anotar unas pocas palabras como recordatorio de la actividad, en lugar de escribir extensas anotaciones sobre actividades individuales.

La monitorización de la actividad implica fundamentalmente obligar al cliente a que anote las actividades que ha abordado durante el día para cada día de la semana antes de la sesión siguiente. Los clientes pueden tomar nota de sus conductas de varios modos.

1. *Monitorización «hora a hora»*. Este método es el que proporciona más información y es probablemente el más preciso, ya que el cliente anota sus actividades y el estado anímico asociado en cada hora mientras las realiza. El cliente completa una tabla horaria de monitorización y lleva la cuenta de todas las horas del día en las que está despierto, todos los días. Este nivel de detalle puede resultar difícil para algunos clientes. Aunque es el que aporta al terapeuta más cantidad de información, suele ser poco práctico y, según nuestra experiencia, rara vez es utilizado de forma satisfactoria por los clientes, excepto por aquellos a quienes les gusta el detalle. Animamos a los clientes a anotar de la forma más detallada posible las actividades y el momento en que se producen. Al mismo tiempo comprendemos que pocos clientes lleven consigo las tablas y tomen nota de la actividad realizada cada hora a lo largo de todo el día. Es posible que los clientes también se decanten por anotar las actividades con este nivel de detalle solo durante los días seleccionados antes de la siguiente sesión.

2. *Monitorización de series temporales durante el día.* Es un método más sencillo que implica una monitorización en series temporales. Aunque al cliente se le pide que tome nota de las actividades realizadas en cada hora del día, la anotación tiene lugar de forma periódica durante el día y al cliente se le pide que recuerde las tres/cuatro horas anteriores y que anote lo que estaba haciendo y sintiendo durante ese periodo de tiempo. Por ejemplo, un cliente podría registrar sus actividades matinales durante la comida, las actividades de la tarde durante la cena y las actividades de la noche justo antes de ir a dormir. Aunque este método es más sencillo de utilizar y es probablemente el modo en que la mayoría de los clientes realizan la monitorización, puede ser menos fiable, ya que implica un mayor esfuerzo de la memoria. Quizás los clientes con depresión grave tengan dificultades para recordar cambios de ánimo sutiles que tuvieron lugar en las primeras horas y por eso no pueden tener un control detallado del estado anímico. Sin embargo, este método puede aportar al terapeuta y al cliente una información importante para guiar el trabajo de la AC.

3. *Procedimientos de muestreo del tiempo.* Otra forma de recopilar información de los clientes es pedirles que realicen procedimientos de muestreo del tiempo, que es una forma de hacer comprobaciones puntuales de su conducta. Cuando se establece una valoración de auto-monitorización, hay que establecer unas horas concretas durante las cuales el cliente monitorizará su actividad antes de la hora prevista. Por ejemplo, se puede pedir al cliente que anote las actividades realizadas y el estado anímico entre las 13:00 y las 15:00 del lunes, entre las 8:00 y las 10:00 del miércoles, entre las 18:00 y las 20:00 del viernes, y entre las 12:00 y las 14:00 del domingo. Es muy importante que haya variedad en las horas reservadas para la monitorización y es igualmente importante que el cliente incluya momentos del día y periodos de la noche, así como un día o una noche del fin de semana. Este método nos aporta una muestra mejor de la variedad de actividades y estados anímicos, y ofrece al clínico y al cliente una panorámica mejor de los diferentes contextos que pueden influir en el estado anímico del cliente. Los momentos en los que el cliente se auto-monitoriza y en los que toma nota deberían ser anotados bien direc-

tamente en la tabla de actividades –quizás resaltados mediante marcadores de color– o en una agenda electrónica si se dispone de ella.

Qué debemos monitorizar

Existen varios elementos que se deben monitorizar en una Tabla de Actividades: la actividad, el estado anímico o los sentimientos en el momento de la actividad, y la intensidad del estado anímico. Los clientes pueden anotar también si sentían placer o si tenían una sensación de logro a la hora de abordar la actividad. Cada uno de estos componentes es analizado con detalle a continuación.

Monitorización de actividades

Cuando se enseña al cliente a tomar nota de una actividad, a menudo es útil guiarle en la búsqueda de un equilibrio entre anotar poco y anotar demasiado. El cliente no necesita dejar constancia de demasiadas cosas en cada hora si la información es difícil de manejar, pero debe anotar lo suficiente para que el terapeuta y él mismo puedan saber lo que está sucediendo. A menudo, cuando el cliente comienza la monitorización, realizará anotaciones globales que incluyen extensos periodos de tiempo. Por ejemplo, pueden escribir «en el trabajo» durante ocho horas con el estado anímico descrito como «aburrido» y valorado con un «8» para todo el periodo. El problema de dichas anotaciones es que se pierde una valiosa información procedente de la observación de la variabilidad. Cuando una persona ha tenido «un mal día» en el trabajo, no es frecuente que cada minuto de cada hora haya sido malo. La actividad de estar «en el trabajo» es en realidad una combinación de muchas otras actividades concretas y a menudo es importante anotarlas. Puede que una conversación con un colega en la cafetería haya sido agradable; y aun cuando la lectura de interminables mensajes de correo electrónico haya sido aburrida, un mensaje sobre un próximo proyecto puede haber resultado menos aburrido que otro sobre la nueva normativa del horario de trabajo. Aunque no es realista esperar que el cliente tome nota de un cambio anímico

por cada mensaje leído, es razonable esperar que si anota la sensación de «implicado» cuando se produjo la conversación de la cafetería o anota la sensación de «aburrido» cuando estaba leyendo el correo, estos datos aportarán una información más significativa que la mera palabra «aburrido» para toda la jornada de trabajo.

Animamos a los clientes a auto-monitorizarse con este nivel de concreción, ya que los cambios anímicos reflejados en la tabla ayudan a identificar las actividades que están asociadas con estados anímicos de depresión y con estados anímicos que reflejan una mejoría. La cuantificación de esta variabilidad nos ayuda a saber qué actividad debemos aumentar o reducir. De este modo, la monitorización nos ayuda a identificar los objetivos concretos del tratamiento. Por ejemplo, es valioso saber que el estado anímico de Alicia es más positivo cuando lee un libro sobre jardinería un sábado por la mañana que cuando lee una revista el lunes por la noche. Dicho cambio pone de manifiesto que algo está sucediendo. A menudo las personas experimentan cambios momentáneos del estado anímico en una u otra dirección que pueden servir de guía para futuros programas de activación. Puede que necesitemos entrenamiento y práctica si queremos comenzar a observar dichos cambios sutiles en nuestro estado anímico en la realización de diferentes actividades.

Para algunos clientes, también es importante anotar actividades internas como la rumiación. Por ejemplo, un cliente podría escribir «hablando con un vecino» y también hacer constar el estado anímico de «desesperación». Con esa información, el terapeuta podría preguntarse si el vecino es un factor estresante para el cliente. Sin embargo, si el terapeuta hace más preguntas, podría enterarse de que el cliente estaba hablando con el vecino sobre sus respectivos jardines y durante la conversación estaba «rumiando» sobre cómo solía disfrutar de su jardín –aunque ya no lo cuida porque está deprimido–. En este caso, habría sido importante anotar «rumiando» en la tabla de actividad como la conducta que retrataría de forma más precisa el patrón de conducta (en este caso, rumiación) que está asociado a la desesperación. La conversación con el vecino es, sin duda, una parte

importante de la experiencia del cliente, pero el meollo de la cuestión en este ejemplo es lo que le está sucediendo al cliente en su interior.

Monitorización del estado anímico o de la emoción

Cuando orientamos a los clientes para que anoten sus emociones y estados anímicos, y la intensidad de estos, es útil comenzar con una escala anímica de una sola dimensión, de modo que el estado anímico depresivo fluctuaría desde el «1» para «nada intenso» hasta el «10» para «muy intenso». Cuando el cliente adquiere un mayor conocimiento de la Tabla de Actividades y presta más atención a su experiencia emocional, puede animarse a anotar un abanico de emociones concretas (por ejemplo, tristeza, enfado, felicidad, vergüenza, indignación, miedo, etcétera) y la intensidad de cada emoción. Algunos clientes tienen problemas para identificar emociones concretas, las cuales representan una oportunidad para el terapeuta de AC a la hora de proporcionar una formación y una práctica de entrenamiento de habilidades. Para una información más extensa sobre la identificación de emociones concretas, se recomienda a los terapeutas que consulten el módulo de entrenamiento de habilidades para la regulación emocional del manual sobre terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993), que define la tristeza, la felicidad, el miedo, el enfado, la vergüenza, la indignación y la sorpresa.

Monitorización del dominio y del placer

Como alternativa a la monitorización del estado anímico, el cliente puede anotar también la experiencia del dominio y del placer asociado a la actividad (Beck et al., 1979). El dominio es la sensación de logro que se experimenta y el placer es la sensación de disfrute que acompaña a una actividad. La valoración de estas dimensiones nos proporciona una forma de seguir el rastro de las actividades que son más o menos funcionales –concretamente, aquellas que dan como resultado una sensación de dominio y/o placer–. La intensidad del dominio y del placer queda registrada también en una escala de diez puntos, con el «1» para indicar «bajo» dominio o placer y el «10» para indicar «alto» dominio o placer (véase el Apéndice 1d).

Monitorización de la intensidad

Es importante anotar la intensidad para poder reflejar en la tabla de actividades los cambios sutiles. Pensemos en un cliente que solo expresa la palabra «triste» como sentimiento en su tabla de actividades. El terapeuta querrá que el cliente indique los momentos en que estaba más o menos triste para poder ayudarle a comenzar a analizar las actividades asociadas a cambios en el estado anímico. A menudo es valioso ayudar a los clientes a anclar los puntos extremos de las escalas de intensidad con actividades reales de sus vidas. Por ejemplo, cuando la terapeuta de Alicia presentó por primera vez la monitorización del estado anímico, trabajó con Alicia en la identificación de actividades que estaban asociadas con los extremos alto y bajo de la escala de intensidad. Al tomar nota del estado anímico, la lectura de una revista popular de entretenimiento se asoció con la sensación de tristeza en un nivel bajo de «3» en una escala de 0 a 10, mientras que la escucha de los mensajes recibidos en su contestador recibió la valoración de «10». De igual modo, en una escala de dominio, la lectura de la revista proporcionó una mínima sensación de dominio y fue valorada con un «1», mientras que la lectura de un capítulo de un libro sobre jardinería recibió una valoración de dominio de «10». Cuando se valora la intensidad, los terapeutas pueden ver que a algunos clientes no les gusta utilizar valoraciones numéricas. En dichos casos, lo más sensato es utilizar valoraciones sobre las dimensiones indicadas por palabras que abarcan, por ejemplo, desde «un poco» hasta «mucho». En otros casos, los clientes pueden utilizar incluso otros símbolos para indicar su valoración.

En última instancia, el sistema concreto de monitorización no es tan importante como asegurar que se ha ideado un método claro que proporcionará datos sobre los efectos de actividades específicas. La conexión entre actividades específicas y cómo se siente y marcha el cliente es el objetivo principal de todos los tipos de monitorización. Siempre y cuando la monitorización se centre en la actividad y en el contexto de la actividad, será una herramienta útil. Antes de enviar al cliente a casa con una tabla de monitorización de las actividades, el

terapeuta puede pedirle que anote en la tabla información sobre las horas inmediatamente anteriores a la terapia y sobre la propia sesión, anotando qué acciones tuvieron lugar y qué sentimientos estaban presentes.

Análisis de la monitorización de las actividades

Una vez que el cliente ha completado la valoración de la monitorización entre las distintas sesiones de terapia, el terapeuta dedicará una gran parte de la sesión posterior al análisis de la tabla. Cuando revisa la tabla de actividades, el terapeuta puede leerla en voz alta o puede pedir al cliente que lo haga. Al principio es aconsejable comenzar el análisis preguntando al cliente qué ha aprendido en líneas generales a partir de la monitorización. El cliente puede haber observado patrones o indicios de conducta con respecto a los vínculos entre actividad y estado anímico. A continuación, el terapeuta revisará la tabla junto con el cliente teniendo en cuenta otros patrones que pueden ser analizados con el cliente y que luego pueden ser utilizados para generar los objetivos del tratamiento.

Preguntas útiles para facilitar el análisis

Hay cinco preguntas que pueden guiar al terapeuta durante la revisión, que a menudo ayudan a identificar las actividades o conductas concretas que contribuyen a mantener la depresión. Aunque no es necesario hacer todas las preguntas, si las tenemos en cuenta podremos tener una mejor comprensión de los patrones conductuales del cliente.

1. ¿Cuáles son las conexiones entre las actividades y los estados anímicos del cliente? Esta clase de pregunta es utilizada para concebir hipótesis sobre las contingencias que contribuyen a mantener la depresión del cliente. Es importante reconocer, en primer lugar, dónde se producen los cambios en el estado anímico. Los clientes y los terapeutas pueden comenzar este análisis buscando patrones de conducta asociados con estados anímicos concretos. Una pregunta como: «¿Me puedes decir lo que observaste al hacer las anotaciones

de esta semana?» puede ser útil para comenzar. Es fundamental la comprensión de las conductas que hacen que el cliente esté más o menos deprimido, así como los contextos en los que se produce el cambio del estado anímico. Beth, la terapeuta que trabaja con Alicia, tomó nota de los factores contextuales, como el hecho de que, cuando trabajaba en el «huerto de guisantes», algunos días se sentía triste y otros contenta. ¿Qué cualidades de las dos actividades están relacionadas con las diferencias en el estado anímico? Si prestamos atención a las actividades que están asociadas con un estado anímico más positivo, esto nos proporcionará datos valiosos que indicarán un aumento de las conductas.

BETH: Veo que el lunes escribiste «trabajar en el huerto» y anotaste que tu estado anímico era «triste», mientras que el martes escribiste «trabajar en el huerto» y señalaste que tu estado de ánimo era «feliz». ¿Qué diferencia hubo entre estos dos días?

ALICIA: Bueno, en realidad no es «mi» huerto. Trabajo en un huerto que comparto con otras personas. Supongo que el lunes me encontraba más desanimada.

BETH: ¿Comenzó esa sensación antes de empezar a trabajar en el huerto?

ALICIA: Pienso que no. ¿Qué escribí antes de eso?

BETH: Ah, sí, veo aquí que alrededor de una hora antes escribiste que tomaste una taza de té después del trabajo y que te sentías «contenta». ¿Qué crees que provocó ese cambio cuando estabas trabajando en el huerto?

ALICIA: Pienso que era el momento del día. Estaba empezando a oscurecer un poco en el exterior y pienso que la oscuridad y, si mal no recuerdo, la llovizna me hicieron sentir algo triste. Quería disfrutar del huerto, pero no podía librarme de la melancolía y me sentía con la obligación de darme prisa antes de que el sol se pusiera por completo. Pienso que la intensa sensación de oscuridad al entrar en el apartamento influyó también en mi forma de valorar mi estado anímico.

BETH: Entonces fue muy importante que el tiempo afectara a tu estado anímico, y especialmente la oscuridad.

ALICIA: Sí, pero también lo fue el hecho de que tuve miedo de volver al apartamento sin haber disfrutado un poco del sol. El martes fue mejor. Pienso que salí un poco antes y el tiempo era mejor. Creo que incluso estuve fuera de casa más tiempo.

BETH: Sí, de hecho el martes has «trabajado en el huerto» más de dos horas. Entonces, ¿estabas triste el lunes debido a la oscuridad?

ALICIA: No, por eso no, sino por lo mucho que odio mi apartamento. Por lo general me siento muy bien cuando estoy en el huerto. Allí estoy generalmente sola la mayor parte del tiempo. El lunes hubo otras personas que hacían bastante ruido. Yo permanecí en silencio. A veces canto para mí cuando estoy en el huerto, y esto hace que me sienta bien. También intento pasear para ver cómo crecen las plantas, pero las otras personas hicieron que me sintiera un poco molesta y no salí del terreno que cultivo.

BETH: ¿Fue esa la diferencia con respecto al martes?

ALICIA: ¡Ah, sí! El martes estuve sola durante los primeros veinte minutos. Luego apareció otra mujer; era una mujer agradable y tranquila. Me dijo «hola», pero al principio trabajó en otra zona diferente del huerto. Después pasó a mi lado, comentó lo rápido que crecían algunas plantas y estuvimos charlando un poco sobre lo bonito que estaba el huerto.

BETH: Entonces, aunque estuviste trabajando en el huerto los dos días, cuando te sentiste bloqueada debido a la oscuridad, en silencio, evitando a las bulliciosas personas del lunes, te sentiste triste. Pero cuando el tiempo empezó a mejorar y cuando entablaste conversación con una mujer sobre el huerto, te sentiste contenta. Las situaciones eran ligeramente diferentes y cada situación te pedía algo distinto, ¿verdad? El lunes tuviste que terminar pronto, ya que estaba oscureciendo y también estabas un poco molesta por la gente ruidosa. El martes pudiste disponer de más tiempo y el hecho de tener a alguien agradable junto a ti te obligaba en realidad a implicarte un poco más.

ALICIA: Sí.

BETH: Es muy útil ver cómo esas situaciones diferentes y las acciones asociadas a ellas afectan a tu estado anímico.

Asimismo, si preguntamos qué actividades están asociadas a un estado anímico más negativo, como terapeutas podremos analizar con los clientes los problemas relacionados con dichas actividades. No se convertirán necesariamente en conductas que haya que reducir, ya que el terapeuta deberá comprender en primer lugar qué sucede con las actividades asociadas a un estado anímico empeorado. En el caso de Alicia en el huerto, no deseáramos sugerir que dejara de ir los lunes y fuera solo los martes; sin embargo, Beth podría proponer conductas para que Alicia las potenciase en el huerto: mirar las plantas, cantar, mantener breves conversaciones con otras personas. Las conductas que se deberían reducir podrían ser el estar rumiando sobre su apartamento, el evitar a las personas y quedarse en el terreno que ella cultiva en lugar de echar un vistazo por todo el huerto. Sin embargo, está claro que Alicia y Beth tienen muchas más cosas que aprender juntas. Tal vez Beth quiera hacer varias preguntas complementarias como, por ejemplo: ¿de qué habla Alicia con otras personas en el huerto? ¿Cuáles son las respuestas más frecuentes de las personas que comparten el huerto? Beth podría hacer preguntas similares sobre las interacciones de Alicia con varias personas: ¿de qué modo castiga inadvertidamente la conducta conversacional de las personas? ¿Evita tener largas conversaciones con los demás y, de este modo, da la impresión de que no es una persona muy accesible?

La observación de las conductas asociadas a los cambios de humor puede ofrecernos también otras informaciones importantes sobre los clientes como, por ejemplo, si hay interrupciones en las rutinas cotidianas (dormir, comer y trabajar). El hecho de fijar como objetivo una regulación de las rutinas puede ser una estrategia inicial en el tratamiento que resulta efectiva. Los padres y los terapeutas de AC saben que es difícil enfrentarse a los problemas de la vida si no se duerme ni se come de manera adecuada. El hecho de evitar el trabajo puede producir múltiples problemas que empeoran la depresión del cliente. En general, la evitación es un patrón fundamental valorado y tratado en la AC. De este modo, utilizamos la monitorización de la actividad para valorar el segundo tipo de pregunta.

2. ¿Cuál es el estado anímico general del cliente y cuáles son las emociones concretas experimentadas a lo largo de la semana? A menudo, los clientes abordan una gran variedad de actividades, pero experimentan un escaso abanico de emociones. Si se utiliza una tabla de actividades y de emociones, en la que los clientes deben anotar varios estados anímicos, el terapeuta puede observar la variedad de emociones expresadas por el cliente, y cuando este las ha registrado a lo largo de la semana, el terapeuta tiene la oportunidad de revisar las conexiones entre actividades y emociones concretas con el fin de desarrollar una hipótesis inicial sobre las posibles actividades que debemos potenciar o reducir. Cuando el cliente ha manifestado solo una o dos emociones, puede ser útil para el terapeuta realizar una valoración adicional. Una de las razones puede ser que el cliente carece de habilidad para identificar y articular cómo se siente en un momento determinado. Podemos analizar estas y otras posibilidades.

3. ¿Ha habido una interrupción en la rutina del cliente? La revisión de la monitorización de las actividades nos proporciona una visión de la rutina diaria o semanal del cliente. El terapeuta puede preocuparse al observar cambios radicales cuando el cliente se va a dormir por la noche, cuando se despierta por la mañana o cuando manifiesta variaciones notables en los horarios de las comidas día tras día. Si el cliente está deprimido, podría abandonar sus rutinas habituales. Por lo tanto, otro aspecto importante para la AC es ayudar a los clientes a regular sus rutinas (Martell et al., 2001) para que estas les proporcionen una sensación de normalidad. La estructura reforzada y la previsibilidad pueden ser también útiles para que el cliente siga realizando las tareas de forma organizada. Cuando las rutinas se ven interrumpidas gravemente, a veces puede resultar abrumador (por ejemplo, cuando perdemos un trabajo y de repente el día, estructurado naturalmente, se llena de excesivo tiempo libre). Pensemos en el alivio típico que sentimos cuando estamos en casa al volver de la oficina o cuando dormimos en nuestra propia cama después de un duro viaje de negocios o incluso después de unas vacaciones. La vuelta a la rutina cotidiana puede ser reconfortante, y la inte-

rrupción de la rutina cuando el individuo está deprimido puede privarle de ese confort. No estamos sugiriendo que la depresión se produzca como resultado de la interrupción de la rutina del individuo, pero los posibles beneficios que tiene el ayudar a los clientes con depresión a mantener una rutina se ven en parte avalados por una serie de obras que sugieren que la falta de regulación de las rutinas sociales contribuye a la aparición de episodios depresivos graves o maníaco-depresivos en individuos con trastorno del espectro bipolar (Shen, Alloy, Abramson y Sylvia, 2008).

4. ¿Qué patrones de evitación están presentes? Es bueno saber lo que el cliente intenta evitar en su vida. A veces la evitación es muy clara, como cuando el cliente no quiere levantarse por la mañana, pero otras veces es más sutil, como cuando elude situaciones que provocan sentimientos de culpabilidad (por ejemplo, cuando Jack no iba a las reuniones de directivos de su empresa). Es importante saber lo que supone implicarse en algo y disfrutar de la vida, ya que la evitación conduce a la pasividad, es decir, los problemas quedan sin resolver o continúan aumentando. La tabla de actividades puede señalar los problemas de la vida del cliente que deben ser resueltos. Por ejemplo, cuando un cliente de forma consistente manifiesta un estado anímico negativo al embarcarse en una tarea del trabajo, tal vez merezca la pena analizar si ese trabajo no es el adecuado para él. La relación entre los patrones de evitación y los estados anímicos puede ser también compleja, ya que a veces los clientes se sienten mejor cuando están evitando algo. De hecho, esto es lo que motiva a muchas personas para mantener una conducta de evitación. Sienten alivio o en realidad se sienten bien. Analicemos este ejemplo de Alicia, que se sentía aliviada al evitar un evento social:

ALICIA: No sé. No fui a la reunión con ocasión de la publicación del primer libro de mi amigo en el club de lectores, aunque tenía intención de ir.

BETH: El no ir, ¿fue una decisión de última hora?

ALICIA: Sí, de hecho estaba ya pensando en vestirme, e incluso estaba eligiendo el vestido.

BETH: Entonces, ¿qué sucedió?

ALICIA: Comencé a sentirme realmente mal, ya que nunca acierto con la expresión apropiada sobre el libro cuando estoy en el club de lectores. Los demás son mucho más inteligentes. Me sentí un poco tonta y todas mis inseguridades me bombardearon.

BETH: ¿Ha sucedido eso anteriormente cuando has ido al club de lectores?

ALICIA: A veces, pero las personas normalmente son amables y sabía que mi amigo solo había invitado a personas agradables. No me permití a mí misma ir la otra noche. Me sentía avergonzada y culpable porque parecía que estaba malgastando mi vida y que no aprovechaba el tiempo leyendo e intentando saber más sobre el mundo para así también poder expresarme mejor. Cuando decidí no ir, me sentí aliviada y estaba contenta por quedarme en casa.

Un factor más de complicación sobre la evitación que los terapeutas deben tener en cuenta es que los clientes que consumen sustancias psicoactivas para evitar sentirse deprimidos suelen tener éxito cuando tratan de sentirse mejor. Cuando presta atención a la función de la conducta, el terapeuta debe saber si el consumo de sustancias por mero placer es una conducta social con pocas consecuencias adversas o si es una forma de huir de los sentimientos negativos que implica un riesgo de empeoramiento. Con toda esta información contextual, el terapeuta está preparado para centrar su atención en el quinto tipo de pregunta.

5. ¿Dónde deberíamos empezar a realizar los cambios? La observación de la tabla de actividades del cliente, incluso después de una semana de monitorización, puede indicar conductas que son candidatas eficaces para maximizar el cambio. Cuando sabemos qué actividades están asociadas a una mejoría del estado anímico, a continuación debemos conocer qué actividades resultarán más fáciles de fomentar cuando el cliente se sienta desmotivado. De igual modo, queremos saber cuáles de estas actividades, que están asociadas a un estado anímico negativo o a una conducta de evitación, puede el cliente comenzar a reducir de la forma más fácil posible. Una vez identificadas, la reducción de la conducta de evitación puede ser pla-

nificada paso a paso, empezando por la reducción cuantitativa, como, por ejemplo, disminuir el consumo de cuatro a tres copas de vino en una noche, o la disminución del tiempo dedicado a una actividad de evitación carente de sentido. Está demostrado que es inútil, al menos al principio, el hecho de pedir a un cliente que se entretiene casi cinco horas con videojuegos como técnica de distracción y de evitación, que reemplace esta actividad por una conducta más productiva y que reduzca el tiempo de juego a treinta minutos diarios. En lugar de esto, es probable que tengamos más éxito si desarrollamos un programa de forma conjunta con el cliente para establecer una reducción razonable del tiempo de juego –es decir, reducirlo diez minutos diarios durante dos noches, luego otros diez minutos los días tercero y cuarto, y así sucesivamente–. El mismo principio de gradación es el indicado para conductas asociadas a un estado anímico negativo. Beth observó que Alicia había manifestado que se había sentido un poco mejor al dar un paseo hasta la tienda de comestibles, aunque su estado anímico empeoró pronto. Sin embargo, el primer paso fue considerado como una conducta que había que promover.

BETH: Alicia, ¿qué crees que te hizo sentir un poco mejor, el paseo o la tienda de comestibles?

ALICIA: Probablemente el paseo. Normalmente voy en coche a la tienda. No me gusta mucho ir de compras.

BETH: Entonces fuiste andando una vez y tu estado anímico mejoró, pero a continuación empeoró. ¿Qué crees que sucedería si fueras caminando varias veces durante la próxima semana?

ALICIA: No lo sé. Es un poco triste caminar sola. Pienso que por eso me sentí mal.

BETH: ¿Tienes algún amigo que podría acompañarte?

ALICIA: Podría preguntar a alguien si quiere dar un pequeño paseo por el barrio. Mi vecina me ha invitado varias veces a hacerlo. Ella quiere hacer más ejercicio.

BETH: Pienso que es una gran idea. Será interesante comprobar si el hecho de pasear con alguien te hace sentir mejor. ¿Cuándo podrías hacerlo?

ALICIA: Podría preguntar a mi vecina si le gustaría venir conmigo a pasear mañana. Puedo llamarla esta tarde.

BETH: ¿Y qué pasa si te dice que no puede? ¿Le propondrías varias horas para que pudiera elegir la que le viene mejor?

ALICIA: Supongo que podría hacerlo; también podría ir a pasear una vez con ella y otra vez yo sola, y ver cómo me siento.

BETH: De acuerdo, vamos a decidir los posibles días para hacerlo. Puedes establecer tu tiempo para pasear sola. El paseo con la vecina dependerá de su horario; así pues, consideremos varias opciones.

Valoración de los riesgos

Por último, cuando sea necesario, el terapeuta deberá valorar los riesgos. Los terapeutas que trabajan con clientes depresivos deben considerar siempre la posibilidad de ideas y actos suicidas. Si el terapeuta utiliza de forma rutinaria un inventario de auto-informe para la depresión, debería anotar siempre la respuesta del cliente en relación a los elementos del suicidio. Si el cliente manifiesta ideas suicidas, se debe realizar una valoración de seguridad. En los casos en los que el terapeuta no utilice medidas de auto-informe, debería preguntar al cliente sobre planes o pensamientos suicidas. La valoración de los riesgos debería ser una rutina durante las primeras entrevistas con clientes depresivos. Estas preguntas deberían ser realizadas de un modo claro y sencillo. El terapeuta podría hacer la pregunta de un modo semejante a este: «Es frecuente que las personas quieran librarse de la depresión y piensen en autolesionarse. ¿Tienes alguna vez pensamientos de querer morir, de lesionarte o de matarte?». Si el cliente afirma que los pensamientos suicidas están presentes, el terapeuta debe valorar por separado, como dos posibilidades diferentes, si el cliente piensa seriamente en el deseo de estar muerto o, de no ser así, si considera solamente el suicidio como una posible huida de su angustia emocional. Si el cliente ya no desea estar en el mundo y podría estar planeando acabar con su vida, el terapeuta debería estar especialmente alerta ante el inminente peligro de suicidio. Esto se convierte en un escenario mucho

más peligroso que si el cliente no tiene un deseo activo de morir, pero sencillamente no puede pensar en otra solución para el problema de su depresión y, de forma pasiva, el pensamiento de la muerte le proporciona un alivio del estrés que sufre. En cualquier caso, el terapeuta no debe desdeñar las manifestaciones del cliente sobre las ideas suicidas y debería valorar atentamente si el cliente se encuentra en un peligro inminente. Teniendo en cuenta que aproximadamente el 15% de los pacientes con depresión grave se suicidan, es fundamental la valoración de la naturaleza de sus ideas, planes, intenciones y acceso a medios, así como de los potenciales elementos disuasorios. Hay textos excelentes, escritos por expertos en este campo, sobre la gestión de las conductas suicidas que nos proporcionan una lectura fundamental para todos los terapeutas que trabajamos con este tipo de clientes (por ejemplo, Bongar, 2002; Jobes, 2006). Otros riesgos que debemos valorar son la presencia de armas en el hogar, de medicinas que pueden ser utilizadas para autolesionarse, y de otros medios para hacerse daño o dañar a otras personas a las que el cliente podría tener acceso.

Realización de una elección efectiva de las actividades

Como ya hemos señalado, existen dos tipos generales de actividades o de conductas que el terapeuta de AC puede establecer como objetivo para aliviar la depresión. Existen actividades que mejoran el estado anímico y el contexto vital, que son objetivos que se deben fomentar. También hay actividades que mantienen el estado depresivo o que empeoran la vida y que deberían ser reducidas. Los clientes podrían expresar una preferencia por aumentar o reducir actividades concretas. Dada la gran variedad de conductas que debemos fijar como objetivo, lo mejor es trabajar sobre conductas que ejerzan influencia del modo más rápido posible. Cuando analizamos el modelo de AC con los clientes, a menudo señalamos que el punto de partida es fijar como objetivo las conductas que alivian la angustia temporalmente –aunque no lo suficiente como para acabar por completo con la depresión–, es decir, «los problemas secundarios».

Intentamos romper el ciclo a corto plazo de las conductas que tienden a la depresión antes de ayudar a los clientes a realizar cambios a largo plazo que pueden requerir mucho más tiempo. Por ejemplo, es probable que tenga un mayor impacto en el estado anímico del cliente un aumento de la actividad física y de los contactos sociales antes de embarcarlo en el objetivo a largo plazo de encontrar un trabajo mejor.

Recopilación de todos estos elementos

La Figura 4.2 es una muestra de la tabla de monitorización de las actividades de Alicia (hay formularios en blanco de las tablas de actividades en el Apéndice 1). Alicia dejó constancia de toda la jornada del lunes y partes del martes, el miércoles, el jueves y el sábado. Echa un vistazo a la tabla de actividades y hazte las preguntas analizadas en este capítulo. Antes de seguir leyendo, dedica un momento a revisar la tabla de actividades e intenta responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué relaciones actividad-estado anímico observas?
- ¿Qué emociones generales aparecen en la tabla?
- ¿Dónde hay interrupciones de la rutina?
- ¿Qué patrones de evitación pueden estar interfiriendo en la evolución de Alicia?
- ¿Qué conductas pueden ser objetivos que hay que aumentar o reducir?

Qué debemos observar en la tabla de actividades de Alicia

Echemos un vistazo a la tabla de actividades de Alicia para fijarnos en los posibles patrones conductuales y en las preguntas que el terapeuta podría hacer para conocer esos patrones de forma más detallada. Alicia está pasando muchas horas en la cama y durmiendo hasta última hora de la mañana la mayor parte de los días. Esta parece ser una importante conducta a la que el terapeuta podría dedicar algo de tiempo, intentando definirla y describirla de forma

Figura 4.2. Tabla de monitorización de las actividades y las emociones de Alicia

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domin- go
7:00	Dormida		Dormida	Dormida			
8:00	En la cama Triste = 10		Dormida	Dormida			
9:00	En la cama Triste = 10		En la cama Miedo = 8	Dormida			
10:00	En la cama Irritada = 10 Triste = 8	En el trabajo ¡Abatida!	En la cama Miedo = 8	Dormida			
11:00	Ir al trabajo Angustiada = 4		Ducha P = 1 D = 1	Dormida		Lectura Huerto Contenta = 6 D = 10	
12:00	Actualizar la web Aburrida = 6 Triste = 7 D = 0 P = 0		Ir al trabajo Disgustada = 10			En el jardín, quitando malas hierbas Contenta = 6 D = 10	
13:00	Lo mismo						
14:00	Lo mismo						
15:00	Lo mismo						
16:00	Ir a casa Aliviada = 8						
17:00	Comer ensalada Aburrida = 8 P = 1						
18:00	Revistas Deprimida = 3 D = 1						
19:00	Escuchar mensajes de voz Deprimida = 10						
20:00	Televisión Triste = 9 D = 0					Cena con Ellen Aliviada D = 9 P = 5	
21:00	Lo mismo						
22:00	Lo mismo						
23:00	En la cama						
24:00	Dormida		Dar vueltas en la cama				

(P = placer; D = dominio; cf. «Instrucciones», en Apéndice 1d).

más minuciosa. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar si esta conducta es constante también los demás días en que no se tomaron notas. Asimismo, Alicia pasa mucho tiempo en la cama hasta última hora de la mañana sin estar dormida, lo cual es otro patrón de conducta. Analicemos el siguiente diálogo:

BETH: Has escrito que te quedas en la cama hasta última hora de la mañana, ¿puedes decirme algo más al respecto?

ALICIA: Bueno, me siento realmente cansada y me quedo dormida, o solamente me quedo en la cama.

BETH: ¿Hay diferencia en tu estado de ánimo cuando duermes hasta última hora de la mañana y luego te despiertas, como el jueves, comparado con tu estado anímico cuando estás despierta pero sigues en la cama, como el lunes y el miércoles.

ALICIA: Supongo que cuando duermo casi hasta el mediodía me siento más cansada al levantarme; pero después de tomar un café o de darme una ducha, por lo general me siento un poco mejor. Cuando me quedo en la cama, me siento agotada de continuo.

BETH: ¿Es importante para ti la hora en que te acuestas por la noche?

ALICIA: En realidad, no. A veces me da la impresión de que puedo dormir en cualquier momento.

BETH: ¿Es importante la calidad de tu sueño?

ALICIA: Sí. En los días en los que duermo hasta última hora de la mañana, a menudo es porque me paso la mayor parte de la noche dando vueltas y vueltas en la cama. Cuando me quedo en la cama sin dormir, lo habitual es que no pueda hacer frente al nuevo día.

Beth ha comenzado a descubrir algunas diferencias importantes en la función de quedarse mucho tiempo en la cama. También ha descubierto que Alicia tiene algunas dificultades ocasionales para disfrutar de un sueño reparador. Estas diferencias entre dormir casi hasta el mediodía por haber pasado una mala noche y permanecer en la cama porque está evitando afrontar el nuevo día, conducirán a unas estrategias de activación diferentes que serán analizadas con más detalle en el capítulo siguiente.

Qué debemos fijar como objetivo después de revisar la tabla de actividades

El terapeuta puede observar tantos problemas en las actividades de Alicia que es difícil saber por dónde comenzar. Es lo mismo que les suele ocurrir a nuestros clientes. Es como estar en una habitación con cinco puertas que hay que abrir: ¿qué puerta llevará más rápido al lugar donde queremos ir? Como hemos observado anteriormente, la clave para comprender lo que va a ser un elemento antidepresivo reside en la observación de lo que precede y de lo que sucede a una conducta. Analicemos algunas de las consecuencias de la conducta de Alicia al quedarse en la cama hasta última hora de la mañana. Esta conducta va asociada siempre a un sentimiento doloroso, como la tristeza y el miedo. El terapeuta puede preguntar directamente sobre estas potenciales consecuencias emocionales de permanecer en la cama durante horas.

Cuando Beth le preguntó sobre sus temores, Alicia dijo que tenía miedo a ir a trabajar y al aburrimiento en el trabajo. A continuación, Beth preguntó por el martes, día en el que Alicia solamente escribió: «En el trabajo. ¡Abatida!». Este es un ejemplo de un cliente que escribe muy poco en la tabla de actividades y, por lo tanto, se requiere que el terapeuta realice preguntas más concretas para poder definir el problema. Alicia afirmó que se sentía como si hubiera alcanzado su límite y que se encontraba desesperada todo el día buscando un nuevo trabajo. Cuando Beth preguntó si había estado buscando un nuevo trabajo, Alicia respondió: «No, no lo he hecho durante varios meses».

Beth estableció la hipótesis de que una conducta que se debería reducir sería la de quedarse en la cama por las mañanas y, para conseguirlo, sería importante fomentar otras actividades que reemplazaran a la de quedarse en la cama. Observa la tabla de actividades para encontrar pistas sobre cómo podría hacerse esto. Alicia se sentía contenta cuando estaba leyendo o cuando estaba en el jardín. Aunque para ella puede ser difícil saltar de la cama y ponerse a trabajar en el jardín o ir a toda prisa al trabajo, podría ser razonable

que comenzara una rutina matinal de levantarse de la cama, prepararse una taza de café y leer algunas páginas de un buen libro.

Alicia se sintió aliviada el lunes al volver a casa después del trabajo. Ese día dejó pronto el trabajo, después de haber llegado alrededor de las 11:30. Este es un ejemplo de conducta de evitación. Continuó con la evitación cuando se puso a leer revistas y se sintió triste –otra conducta que hay que reducir–. Podría resultar útil diseñar un plan para quedarse en el trabajo y dedicarse a una tarea útil en lugar de volver a casa para curiosear de forma mecánica en las revistas. La escucha de los mensajes de voz también le hizo sentirse «triste»; sin embargo, es poco aconsejable suponer que esta es una conducta que hay que reducir. La razón por la que Alicia se sintió triste cuando escuchó sus mensajes de voz fue que el mensaje era de una amiga, Ellen, quien, a pesar de la ausencia de Alicia, estaba intentando mantener su amistad. Hay que observar el hecho de que Alicia cenó con Ellen el sábado. Se sintió aliviada y experimentó una fuerte sensación de dominio. Su alivio consistía en el hecho de que había dejado de evitar por lo menos a una amiga. Hay que notar también que esto sucedió después de que se hubiera dedicado a leer y trabajar en el jardín arrancando malas hierbas. De hecho, había llamado a Ellen desde su teléfono móvil y la había invitado a cenar justo después de haber arrancado la última mala hierba. En AC solemos decir a los clientes que el letargo produce letargo y que la actividad produce actividad. Parece que esto fue lo que le sucedió el sábado a Alicia. El aumento del contacto con sus amigos puede ser una conducta esperanzadora en la que debemos centrarnos para ejemplificar el principio de aspirar a una conducta que es reforzada de forma natural. También concuerda con otros principios de la AC, como el de adoptar un enfoque de resolución de problemas y como el de comenzar el cambio con pequeños incrementos a la hora de abordar una conducta. Observad cómo los pequeños cambios que Alicia hizo el sábado dieron como resultado un cambio positivo en su estado anímico. Como terapeuta, Beth comenzará el proceso de ayudar a Alicia a planificar actividades que de forma más sistemática darían como resultado un mejor estado anímico o una mejora en su vida.

Tabla 4.1. Principios básicos para la identificación de los objetivos del tratamiento

-
- Definir y describir los problemas clave de las experiencias del cliente.
 - Valorar los patrones de conducta.
 - Utilizar el análisis funcional –valoración de las situaciones precedentes, conductas y consecuencias de la conducta bajo condiciones típicas.
 - Utilizar la tabla de actividades y otras estrategias de auto-monitorización.
 - Monitorizar actividades.
 - Monitorizar estados anímicos y emociones.
 - Monitorizar el dominio y el placer.
 - Monitorizar la intensidad.
 - Identificar interrupciones de la rutina y patrones de evitación.
 - Valorar los riesgos del cliente.
 - Elegir en colaboración con el cliente actividades que puedan romper el ciclo depresivo.
 - Identificar los pasos iniciales para la realización de cambios.
-

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Resumen

Como terapeuta de AC, siempre debes tener los ojos puestos en la recompensa de la activación, siempre debes estar alerta a lo que va a hacer más o menos probable que tu cliente complete los planes de acción en los que ambos colaboráis para aumentar el beneficio a favor del estado anímico del cliente. La anotación de las actividades puede ser realizada de varias formas, pero especialmente utilizando tablas y diarios de actividades. Sin embargo, los terapeutas no necesitan adoptar una postura rígida en relación a los métodos que utiliza el cliente para monitorizar y anotar sus actividades. La Tabla 4.1 enumera los principios básicos para la identificación de los objetivos del tratamiento. En el capítulo 5 analizaremos la tarea de diseñar planes de acción utilizando la estructuración y la programación para aumentar la dedicación y la activación por parte del cliente.

5

Programación y estructuración de la actividad

«Debéis tener predisposición para la acción... y entonces veremos que algo sucede. Podéis dividir un gran proyecto en pequeños pasos y dar inmediatamente el primero de ellos».

Indira Gandhi (1917-1984)

La revisión de la monitorización de las actividades de Alicia en la sesión reveló importantes conexiones entre sus actividades y su estado anímico. Nunca antes había notado una conexión entre sus actividades y su estado anímico. La depresión había sido algo que se cernía sobre ella como una amenaza, algo que lo teñía todo de gris. La preocupación y la tensión parecían también compañeras constantes. Alicia reconocía que había muchos cambios sutiles en su estado anímico, entre los que se incluían los momentos en los que experimentó un alivio de la depresión y de la preocupación que le acompañaba. Se sentía contenta cuando trabajaba en su jardín. Después de muchas semanas evitando a sus amigos, se sintió aliviada cuando estuvo cenando con su amiga Ellen. En realidad, le sorprendió el hecho de que Ellen no estuviera enfadada con ella y expresara su deseo de apoyarla todo lo posible.

Al revisar estas actividades con Beth, Alicia empezó también a identificar actividades que podría incrementar durante la semana siguiente después de la sesión de terapia. Alicia pensaba que entrar en contacto con más amigos podría ser beneficioso para su estado de ánimo. Alicia comentó a Beth que llamaría a dos amigos del trabajo, a tres viejos amigos, y a unos conocidos del barrio. Para su sorpresa, Beth le preguntó si no creía que era demasiado ambiciosa y le explicó que a menudo lo más útil es trabajar de forma sistemática y garantizar el éxito comenzando con cosas pequeñas. Alicia comentó: «He pensado que debería obligarme a mí misma a hacer tanto como me fuera posible una vez que he entendido algunas cosas que podrían ayudarme». Beth explicó lo siguiente: «Es estupendo que tengamos algunas pistas sobre las actividades que podrían ayudar a estimular tu estado anímico. Mi única advertencia es que si planificamos demasiadas cosas entre esta sesión y la siguiente, te podrías desmoralizar si no eres capaz de hacerlas todas. Tengo la esperanza de que podamos desarrollar un plan factible, que no te agobie cuando comiences a realizarlo. ¿Qué estarías segura de poder hacer esta semana para volver a conectar con tus amigos?». Alicia decidió que ver a Ellen otra vez para tomar un café sería el punto de partida más lógico. Si mantenía esa amistad –pensó Alicia–, se sentiría mucho mejor consigo misma. Además, la personalidad social de Ellen ayudaría a Alicia a volver a conectar con algunos de sus viejos amigos. Planeó establecer como fecha para tomar un café con Ellen el miércoles después del trabajo o el sábado por la mañana.

Alicia disfrutó también de la satisfacción que normalmente sentía cuando trabajaba en su huerto. Beth le preguntó qué podría hacer la siguiente semana en su jardín. Alicia se dio cuenta de que necesitaba comprar algo de mantillo, así que ambas anotaron un plan para esta actividad. Beth dio a Alicia un nuevo programa de actividades y esta comenzó a escribir algunos de sus planes para momentos concretos de la siguiente semana. El sábado por la tarde escribió que iría al vivero y compraría tres bolsas de mantillo. Como sabía que era bastante probable que comprara el mantillo y que lue-

go lo dejara en las bolsas, escribió también: «Extender el mantillo por el jardín» en la casilla de las 11:00 del domingo.

Beth le preguntó también si podía pensar en algo que podría surgir a la hora de llevar a cabo estos planes. Alicia se preguntó si el tiempo lluvioso podría suponer un problema y por eso anotó «con lluvia o sol» junto al momento de extender el mantillo. Las dos acordaron que Alicia informaría a Beth en la siguiente sesión sobre cómo se había sentido durante la realización de estas actividades. También continuaría monitorizando sus actividades y su estado anímico en otros momentos de la semana.

Introducción

En este capítulo nos adentraremos en el corazón de la activación conductual, a saber, la programación y la estructuración de las actividades. Una vez que el terapeuta y el cliente comprenden el nivel básico de la actividad y una vez que han desarrollado hipótesis iniciales sobre la función de la conducta del cliente, el tratamiento aborda directamente la estructuración y la programación de actividades. Como ya hemos señalado anteriormente, el modelo conductual de la depresión propone como principio que la depresión es el resultado de unos bajos niveles de refuerzo positivo y/o altos niveles de castigo. Entonces, ¿cuál es el lugar de la activación en el tratamiento conductual de la depresión? Cuando las personas están deprimidas, especialmente cuando algunos de los síntomas que manifiestan son la apatía, la retirada y la desidia, se reduce la posibilidad de que una conducta se vea reforzada positivamente. Es muy probable que las conductas de evitación sean reforzadas negativamente, de modo que las conductas de retirada aumentarán. El objetivo de activar a los clientes desde una perspectiva conductual es aumentar la probabilidad de que entren en contacto con las contingencias que reforzarán positivamente las conductas de acercamiento. En este capítulo analizaremos las estrategias fundamentales de la AC para facilitar la activación.

Cómo activar a los clientes

La mayoría de los clientes con depresión se dan cuenta de que el aumento de actividad podría ser útil. De hecho, muchos clientes se han dicho a sí mismos en incontables ocasiones: «¡Empieza!» –o los demás les han pedido que lo hagan–. De este modo, la paradoja en la AC es que los terapeutas piden a los clientes que hagan aquello con lo que tienen más problemas. La retirada, la apatía y la pérdida de interés y de placer son síntomas de la depresión; entonces, ¿cómo funciona un tratamiento diseñado para cambiar estas experiencias? De hecho, este dilema representa la promesa y el desafío de la AC.

En el capítulo 2 hemos presentado los diez principios esenciales de la activación conductual. Tres de ellos –los Principios 1, 4 y 5– hacen referencia expresa a la activación y a los planes de acción. A continuación analizaremos cada uno de ellos y cómo de forma conjunta ayudan al terapeuta de AC a guiar a sus clientes a la hora de aumentar la activación.

Principio 1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen.

Como hemos señalado, los estados anímicos negativos generan por sí solos una tendencia y, por lo tanto, el Principio 1 resume el objetivo principal de la AC, a saber, ayudar a las personas a regular sus estados anímicos a través de la conducta. Cuando un individuo se siente mal, es más probable que actúe de formas que lo lleven a sentirse aún peor. Nuestra amiga y colega Marsha Linehan suele decir: «Las emociones se aman a sí mismas». Cuando nos sentimos mal, tendemos a realizar acciones que son coherentes con ese estado de ánimo. La mayor parte de las intervenciones en la AC piden al cliente que actúe según un plan u objetivo, no según un sentimiento o un estado interno. Cuando recomendamos las intervenciones de la activación, enfatizamos la naturaleza de los estados anímicos negativos y pedimos al cliente que considere la posibilidad de actuar «de fuera adentro» antes que «de dentro afuera» (Martell et al., 2001). Si un cliente con depresión no obtiene placer en las actividades que realiza

y está cansado y apático, es menos probable que se embarque en actividades con las que antes había disfrutado. El terapeuta de AC invierte el proceso y pide al cliente que actúe desde fuera –es decir, según un objetivo o plan, antes que en función de un estado anímico–. Por ejemplo, al mismo cliente con depresión se le pediría que se embarcara en una actividad que antes le resultaba placentera a pesar de la falta de interés o se le pediría que aumentara la actividad de otras formas según el principio de que con el tiempo el disfrute volverá a producirse. El objetivo de la acción «de fuera adentro» es poner al cliente en contacto con las recompensas positivas del entorno e invertir la tendencia negativa del estado anímico depresivo.

Algunos clientes manifiestan preocupación ante el hecho de que actuar «de fuera adentro» requiere que actúen de forma «fingida» o «falsa». Hasta cierto punto esto es así. Las estrategias de la AC invitan al cliente a actuar según un plan antes que según un sentimiento, el cual podría parecer poco natural o «fingido». Puede ser útil pensar en la analogía de una persona diestra que tiene el brazo roto y debe utilizar su mano izquierda para realizar las tareas cotidianas. Es incómodo utilizar solo una mano en lugar de las dos durante todo el día, y es especialmente molesto depender solamente de nuestra mano menos hábil. La mujer (o el varón) del brazo roto puede incluso manifestar que siente que no es ella misma cuando intenta torpemente preparar una taza de café o cuando trabaja con su ordenador utilizando solo la mano izquierda. Estas tareas requieren más esfuerzo e implicación que antes de la rotura del brazo; sin embargo, con el paso del tiempo, la mujer irá teniendo cada vez más destreza y el usar solo la mano izquierda será cada vez más sencillo. Los brazos rotos se curan y, con el tiempo, la mujer podría utilizar ambas manos y «volver a la normalidad». Esta analogía describe de forma acertada lo que requerimos nuestros clientes con depresión: les pedimos que se comprometan con el difícil, laborioso y tal vez poco natural sentimiento de realizar las actividades para mejorar el estado anímico «de fuera adentro» hasta que la depresión comience a mejorar. Una vez que se sienten mejor, la implicación en las actividades rutinarias de la vida cotidiana parecerá más automática y natural.

Otra preocupación frecuente, relativa a la actividad «de dentro afuera», que los clientes pueden manifestar es que su depresión sea biológica. Estos clientes se preguntan si un enfoque conductual puede abordar el problema real si en realidad es un problema fisiológico. En la actualidad, muchos clientes con depresión toman o han tomado medicamentos antidepresivos diferentes con distintos grados de éxito. Otros se preguntan si la medicación antidepresiva es una alternativa mejor. El terapeuta de AC da fe ante el cliente de que existen muchas formas de tratar la depresión.

Tanto la AC como la terapia cognitiva han resultado ser tan –o casi tan– eficaces como la medicación en varios ensayos clínicos randomizados (DeRubeis et al., 2005; Dimidjian et al., 2006). Las intervenciones cognitivas y conductuales aportan también una prevención más duradera de las recaídas que la mera medicación (Hollon, Steward y Strunk, 2006). Puede resultar útil que los clientes sean conscientes de que la terapia tiene beneficios a largo plazo, unos beneficios que la medicación no ofrece.

El terapeuta de AC puede tener también una ayuda en el hecho de estar familiarizado con los estudios de investigación, los cuales sugieren que el cambio de actividad puede tener una influencia directa en el estado anímico y en la biología del individuo. Hay una extensa y creciente bibliografía sobre el uso del ejercicio físico para mejorar los síntomas de la depresión. Dunn, Trivedi, Kampert, Clark y Chambliss (2005) demostraron que los participantes que realizaron ejercicio según los parámetros estándar establecidos por el American College of Sports Medicine durante 3-5 días por semana, mostraron descensos significativamente mayores en los síntomas de la depresión que el grupo o los grupos de placebo que hicieron ejercicio en una «dosis inferior» –según la terminología de estos expertos–. Mather et al. (2002) demostraron una reducción moderada de los síntomas depresivos en adultos mayores a los que se les había diagnosticado un trastorno depresivo grave que participaron en una actividad de ejercicio físico en grupo, y demostraron una mejoría mayor que la de los individuos que participaron en una socialización solo grupal. Brown, Ford, Burton, Marshall y Dobson (2005) descubrieron la relación

existente entre una actividad física creciente y la reducción de los síntomas depresivos en mujeres de mediana edad independientemente de la salud física o psicológica previa. Estos estudios aportan pruebas adicionales de que es posible cambiar el estado anímico si cambiamos lo que hacemos.

Elliot Valenstein, profesor emérito de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Michigan, ha señalado que «no hay duda de que las experiencias (tanto prenatales como posnatales) dan forma a la anatomía y a la función cerebral y ejercen una influencia decisiva en la conducta y en el pensamiento» (Valenstein, 1998, pág. 141). Las experiencias y las actividades vitales influyen en los síntomas fisiológicos. Nuestra conducta es biológica y nuestra biología está influida por nuestra conducta. En continuidad con el taller realizado en el año 2004 con el título de «La neurobiología del ejercicio», la ponencia de Dishman et al. (2006) sirvió también para ampliar la investigación en el campo de la neurobiología del ejercicio, estableciendo que «la actividad física crónica mejora la salud cerebral» (pág. 346). Estos investigadores señalaron también que los estudios en animales han demostrado que la actividad física aumenta los factores del crecimiento cerebral y puede tener influencias neurogenerativas y estimular el desarrollo y crecimiento de nuevas células, protegiendo contra daños neuronales isquémicos en la formación del hipocampo y daños neurotóxicos en el neocórtex (Dishman et al., 2006, pág. 346).

Asimismo, la investigación clínica con humanos pone de manifiesto que pueden producirse cambios en la química cerebral sin que existan intervenciones médicas o farmacológicas. Schwartz, Stoesel, Baxter, Martin y Phelps (1996) descubrieron que los participantes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que respondieron a la terapia conductual experimentaron cambios significativamente mayores en una zona del cerebro asociada con la actividad metabólica de la glucosa después del tratamiento que los participantes que no respondieron a la terapia conductual. Aunque este estudio estuvo limitado a una muestra muy pequeña (9 participantes), un estudio más amplio con 22 participantes demostró también descensos significativos en el flujo sanguíneo del cerebro de esta zona para

clientes que siguieron una terapia conductual satisfactoria para el TOC (Nakatani et al., 2003). La investigación de los mecanismos neurales que dan respuesta al TCC para otros problemas como la fobia social ha tenido resultados similares (Furmark et al., 2003).

También se han realizado estudios de imágenes neurales en clientes depresivos tratados con éxito mediante TCC. Los aumentos límbicos y los descensos corticales recíprocos fueron identificados a través de las imágenes neurales gracias a tratamientos satisfactorios con TCC (Goldapple et al., 2004). Los autores de estos estudios conjeturan que el patrón del cambio metabólico que se aprecia tras un tratamiento exitoso de TCC puede proporcionar correlaciones neurales de los mecanismos psicológicos presentados que arbitran una respuesta hacia la TCC como la atención dirigida, la toma de decisiones basada en la recompensa, la monitorización de la prominencia emocional, la función de la memoria, el procesamiento auto-referencial y las rumiaciones cognitivas. Un meta-análisis multicéntrico de los escáneres cerebrales en los que se estudian las regiones del cerebro asociadas a la depresión y que ya fueron identificadas en estudios anteriores, también ha mostrado diferentes patrones de activación neural entre los individuos que responden a la medicación y los que responden a la TCC (Seminowicz et al., 2004). Aunque este patrón específico de cambio en la activación neural durante el proceso del tratamiento fue diferente para los pacientes que recibieron medicación en comparación con los que recibieron tratamiento psicológico, la aplicación satisfactoria de cada modalidad de tratamiento estaba asociada a cambios significativos en la actividad cerebral. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los efectos de la terapia cognitiva son duraderos, mientras que los efectos de los medicamentos antidepresivos no reducen el futuro riesgo de recaída (DeRubeis, Siegle y Hollon, 2008). Mientras no haya datos a partir de un futuro tratamiento de imágenes neurales en AC, los estudios realizados con terapia cognitiva o TCC avalan la aseveración de que las intervenciones no farmacológicas pueden producir cambios biológicos observables. Una respuesta aguda al tratamiento de la AC resultó ser superior a la de la terapia cognitiva, y las tasas de supervivencia a largo plazo

(estudiadas durante dos años) para los que fueron tratados satisfactoriamente con AC no fueron muy diferentes a la terapia cognitiva (TC) en un amplio ensayo clínico randomizado. Es significativo que fueron más los participantes que habían respondido antes a la medicación antidepressiva (paroxetina) y que experimentaron una recaída cuando la medicación se suspendió, que los participantes que habían asistido antes a veinticuatro sesiones o menos de TC o de AC (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008). Aunque no hemos observado la actividad cerebral de clientes tratados con éxito mediante la AC, podemos conjeturar que el cambio de conducta que era el objetivo de la AC puede tener una influencia similar a la de la TCC en la actividad neural. Se anima a los clientes de AC para que aumenten la variedad de actividades, desde implicarse en el complejo proceso de las demandas del trabajo o de la familia hasta la realización de ejercicio físico sencillo. También se les anima a adoptar una actitud activa en términos generales, a participar en la resolución productiva de problemas en vez de rumiarlos, y a adoptar conductas opuestas a la evitación.

La activación diaria y constante ha resultado ser un factor de protección para la salud mental y física. En concreto, las actividades de ocio son útiles para el bienestar de los adolescentes, los adultos y los ancianos porque aumentan las habilidades frente a los elementos estresantes de la vida, entre los que se incluyen los problemas cotidianos (Caldwell, 2005). Chung (2004) descubrió que los ancianos internados en hogares de la tercera edad en Hong Kong que podían implicarse en actividades de ocio y de la vida cotidiana tenían una sensación mayor de bienestar que los que no se habían implicado en este tipo de actividades.

Cada vez hay más pruebas que avalan que el trabajo significativo tiene una importante influencia en la salud mental. Mallinckrodt y Bennet (1992) descubrieron que los trabajadores que habían perdido recientemente su empleo estaban más deprimidos que los que mantenían su puesto de trabajo, aunque el apoyo social era un factor de protección para los que habían sido despedidos. Blustein (2008) señala que «el trabajo es un componente esencial en el desarrollo y en el mantenimiento de la salud psicológica» (pág. 230).

Es importante recordar que el trabajo significativo y diario es fuente de satisfacción y bienestar. Por otro lado, la mera búsqueda de otro trabajo no posibilita necesariamente que las personas que han perdido su empleo recuperen niveles básicos de satisfacción vital (Lucas, Clark, Georgellis y Diener, 2004). Este hallazgo concuerda con nuestra visión de que los terapeutas de AC no ofrecen soluciones simples para los problemas de los clientes y, por lo tanto, «conseguir otro trabajo» nunca debería ser considerado un tratamiento suficiente para la depresión. No obstante, la mayoría de las redes sociales para personas adultas, así como su sensación de logro, son utilizadas en los lugares de trabajo o aparecen a través de conexiones profesionales.

Puede resultar útil para el terapeuta hacer referencia a esta base de conocimiento cuando invita al cliente a probar las estrategias de la AC. Podemos animar a los clientes dándoles a conocer que existen múltiples líneas de investigación científica que avalan el modelo básico que establece que la activación puede mejorar el estado anímico. Provistos de esta información, los terapeutas y los clientes pueden comenzar la tarea de decidir qué actividades son más apropiadas para centrarse en ellas y de qué forma comenzar a trabajar «de fuera adentro».

Principio 4. Estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico.

El proceso de valoración conductual ayuda al terapeuta y al cliente a seleccionar una actividad y a desarrollar un fundamento sólido, por lo que es una actividad importante que hay que fijar como objetivo. El siguiente paso es programar y estructurar la actividad. El fundamento para programar actividades es que la identificación de un momento concreto (y, a veces, un lugar) para la actividad ayudará a maximizar la activación. No todas las tareas de activación establecidas implican una programación; por ejemplo, un cliente podría terminar una sesión con el acuerdo general de llamar a un amigo antes de la siguiente sesión. Con todo, a menudo la programación pormenorizada de una actividad puede ser muy útil, ya que muchos clientes

tienen buenas intenciones para hacer cosas pero están sujetos a conductas dependientes del estado anímico que obstaculizan el cumplimiento de los planes. La programación se refiere al establecimiento de un momento concreto que el cliente destinará a la realización de la actividad y que proporciona un anclaje idóneo para actuar en vez de para ver cómo se siente en ese momento. Si es apropiado, el terapeuta y el cliente se pondrán también de acuerdo en la duración de la actividad. La estructuración de la actividad implica definir qué hará el cliente en términos conductuales, decidir dónde se realizará la actividad, si intervendrán otras personas y cómo medirá el éxito el cliente.

Decidir la frecuencia de las tareas

Como ya hemos señalado anteriormente, los clientes a veces sobrestiman de antemano lo que se puede realizar. La decisión de la frecuencia de una tarea concreta debe seguir el principio de comenzar iteraciones pequeñas y gradualmente incrementadas. Tomemos el ejemplo de un cliente que manifiesta que le gustaría comenzar de nuevo a correr y planea hacerlo todos los días antes de la sesión siguiente. Aunque podía haber sido fácil aplicar esta frecuencia cuando el cliente corría de forma regular antes de experimentar la depresión, es probable que en la situación en que se encuentra esta frecuencia suponga un desafío. Los terapeutas de AC intentan que el cliente comience con una frecuencia que suscite la confianza del cliente y del terapeuta. Este último puede sugerir que el cliente vaya a correr una vez por semana. Quizás el cliente no quiera programar el hacer *footing* solo una vez por semana, sino tres veces. Para empezar, esto podría estar bien, y el cliente siempre puede hacer más si así lo desea. El paso siguiente es decidir la intensidad y la duración de la actividad.

Decidir la duración y/o la intensidad de la actividad

Analicemos una situación parecida, la de James, un cliente que termina una sesión al comienzo de la terapia con la tarea de dar un

paseo cada día durante los tres días anteriores a la siguiente cita. ¿Qué podría ser una limitación en esta tarea? Sin duda parece un método prometedor para que el cliente se active físicamente y está claro cuántas veces se realizará la actividad; sin embargo, puede que la tarea carezca de la concreción que podría guiar a James de un modo útil. Una cuestión sobre la que el terapeuta puede reflexionar es: ¿la tarea nos proporciona al terapeuta y al cliente suficiente información para que nuestro acuerdo sea claro? En la AC se da gran valor a la concreción conductual. ¿Está James de acuerdo en caminar durante dos horas y diez minutos, o cuatro kilómetros tres días a la semana? Si esto sirviera para que James dedicara cuarenta y cinco minutos para caminar cuatro kilómetros, podría ser una buena idea que él estableciera la duración máxima en veinte minutos, tres veces por semana, durante la primera semana.

Decidir los días y momentos concretos en los que el cliente realizará la actividad

Si el terapeuta revisa varias veces las tablas de actividades del cliente, empieza a hacerse una imagen clara del actual abanico de actividades. En este contexto, el terapeuta y el cliente deben identificar los días y los momentos que maximizarán la probabilidad de que la actividad se realice. James, que acordó caminar tres días por semana, manifiesta que es más probable que pasee si esta es la primera tarea de la mañana, cuando aún no ha perdido la energía que irá disminuyendo a medida que avanza el día. En primer lugar, el terapeuta analiza cuándo debe estar en el trabajo, lo temprano que debería salir de casa para caminar y si es factible que el caminar sea la primera actividad de la mañana. Es probable que el cliente que casi nunca se levanta a tiempo para llegar puntual al trabajo no sea capaz de madrugar una hora más para realizar un paseo de veinte minutos. James puede decidir entonces qué días serían los mejores para programar sus tareas. Es entonces cuando puede escribir «Paseo de veinte minutos» en su tabla de monitorización de actividades (véase la Figura 5.1) en los días y momentos concretos acordados.

Principio 5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

Esta sencilla idea es un aspecto fundamental a la hora de ayudar a los clientes a activarse de forma efectiva. Podemos cocinar un pastel a partir de una receta pesando cada uno de los ingredientes, mezclándolos por separado, y después combinándolos, pero no hacemos el pastel echando todos los ingredientes a la vez en una cazuela con aceite, removiéndolos y metiendo la mezcla en el horno. De modo parecido, las actividades deben ser descompuestas en partes conductualmente definibles y específicas, especialmente cuando nos enfrentamos a la depresión.

Desgraciadamente, muchos de nosotros olvidamos estas sencillas verdades. Un individuo puede tener la intención de volver a relacionarse con sus viejos amigos y con su familia cuando regresa durante una semana al hogar de la infancia, pero descubre que no tiene tiempo suficiente ni siquiera para ver a la mitad de las personas que había planeado visitar. A primera hora de la mañana de un soleado domingo podría parecer que ya tenemos terminado todo el trabajo del jardín y nos damos cuenta de que llega la hora de comer y aún quedan tareas por hacer. Estos patrones son frecuentes, pero también son particularmente difíciles cuando estamos deprimidos. La AC nos ofrece una alternativa que es la programación graduada de tareas.

Estimulada por medio del tratamiento, la programación graduada de las tareas implica trabajar con los clientes para comenzar desde lo pequeño y empezar a construir desde ahí. Una tarea graduada es la que comienza por los componentes más simples y aumenta la complejidad y dificultad; de este modo, la programación de actividades tiene lugar paso a paso, moviéndose desde lo sencillo hasta lo más complejo. Si diseñamos así la programación, aumentaremos la probabilidad de tener éxito en cuanto el cliente intente realizar la actividad. La razón para ello es asegurar que el cliente experimente el tratamiento como si fuera una recompensa, no como un castigo por no poder completar unos primeros pasos que tal vez sean demasiado difíciles. Si admitimos la idea de que la actividad produce actividad, el éxito prematuro puede dar como resultado una sensación de logro que a su vez puede estimular la motivación para asumir futuras tareas.

Figura 5.1. Tabla de monitorización de las actividades de James

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00		Pasear durante 20 minutos					
8:00	8:30 Salir a trabajar	8:30 Salir a trabajar	8:30 Salir a trabajar	8:30 Salir a trabajar	8:30 Salir a trabajar		
9:00							
10:00							
11:00						Pasear durante 20 minutos	
12:00							
13:00							
14:00							Pasear durante 20 minutos
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

Locke y Latham (1990) observaron que el rendimiento mejora cuando las personas se ponen objetivos que suponen un reto pero son específicos, en vez de objetivos que suponen un reto pero son indeterminados. Además, los objetivos inmediatos están asociados con un rendimiento mejor que los objetivos a largo plazo (Bandura y Schunk, 1981). Las intenciones sobre cómo alcanzar los objetivos, que especifican el cuándo, el dónde y el cómo de la acción, son también elementos fundamentales en la conquista de los objetivos (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer y Brandstätter, 1997). Los objetivos de promoción, que se centran en la presencia o ausencia de resultados positivos, parecen tener ventajas también para facilitar la acción, si la comparamos con los objetivos de prevención, que se centran en la presencia o ausencia de resultados negativos. Estos hallazgos pueden ayudar a dar forma a los esfuerzos de estructuración de la actividad por parte del terapeuta y del cliente.

Ante todo, el lugar para comenzar la gradación de las tareas son los datos básicos. Es necesario comenzar donde el cliente está funcionando en estos momentos, no donde el cliente cree que debería estar funcionando. Cuando el cliente se ha enfrentado a la depresión durante mucho tiempo, es probable que la realización de cambios requiera su tiempo.

Cuando Alicia se comprometió a contactar con sus amigos, Beth le recordó que comenzara desde lo pequeño y que continuara descomponiendo la actividad tanto como le fuera posible.

BETH: Entonces hemos hablado de que necesitas conectar con tus amigos.

ALICIA: Sí, no puedo continuar evitándoles. Me quedará realmente sola.

BETH: ¿Qué sucede cuando piensas en llamar a tus amigos?

ALICIA: Por la mañana, me limito a dar vueltas en la cama. Me siento muy cansada y abatida. Esto es demasiado duro. Por la noche busco cualquier cosa que hacer excepto llamarles.

BETH: ¿Has dado algún paso para llamarles o verles?

ALICIA: No, ninguno, no desde que me reuní con Ellen. Parece que hay muchas personas, pero me siento abrumada por todo esto. Pienso que debería conocer a una compañera de trabajo, una mujer que parece agradable y que quiere conocerme. No he hablado con Bobby desde hace casi cinco meses y me dijo que hubiera querido que nos reuniéramos antes de la última Navidad. ¡Supongo que necesito ver a Bobby!

BETH: Hacer todo eso parece demasiado, Alicia.

ALICIA: ... y también están mi hermana y mi hermano –cuando pienso en todo esto, solo quiero meterme en un agujero.

BETH: Lo entiendo. Es agobiante ocuparse de todos a la vez. El volver a conectar con los amigos es una tarea exigente. Sin embargo, has dado varios pasos más pequeños, como cuando quedaste con Ellen aquella vez. Me pregunto si hay otros pasos más pequeños que podrías dar. ¿Qué te parece si haces una lista de actividades concretas que son necesarias para reconstruir las conexiones sociales de tu vida? Luego podríamos ver cuál puede ser un lugar útil para comenzar.

ALICIA: De acuerdo.

BETH: Parece que ya tienes la lista de personas de tu vida con las que podrías contactar de algún modo. ¿Cómo ves la idea de clasificar a estas personas en una escala que vaya de la más accesible a la menos accesible?

ALICIA: Es fácil. Mi hermano y, en segundo lugar, mi hermana están en los primeros lugares de la clasificación; luego probablemente Bobby, ya que le he evitado durante mucho tiempo, y a continuación la compañera de trabajo. Probablemente Ellen sería la más accesible. Supongo que podría comenzar por ella.

BETH: Tiene sentido. A mí también me gusta esa idea, ya que parece que volver a conectar con Ellen podría tener la probabilidad más alta de ejercer una influencia positiva en tu estado anímico, ¿no es así?

ALICIA: Sí, Ellen me ha apoyado bastante.

BETH: ¿Qué crees que sucedería si comenzaras a establecer el objetivo de quedar con Ellen otra vez la próxima semana?

ALICIA: No sé...

BETH: Parece como si algo pudiera obstaculizarlo.

ALICIA: Pienso que sería una tarea muy exigente.

BETH: Sí, es una buena observación. Podríamos dividir más la tarea. ¿Qué te parece si empiezas con algo como invitarla a tomar un café contigo una tarde?

ALICIA: Supongo que podría hacerlo.

BETH: ¿Cuándo podrías hacerlo?

ALICIA: Quizás mañana. Normalmente me siento un poco más motivada después de nuestras sesiones.

BETH: ¿Qué pasa si te despiertas sintiéndote totalmente desmotivada?

ALICIA: No lo sé. Eso es muy frecuente.

BETH: Una opción sería recordarte lo que hemos hablado acerca de las actividades «de fuera adentro» y «de dentro afuera». ¿Crees que podría servir? Incluso podríamos hacer ahora una señal como recordatorio que podrías poner donde pudieras verla cuando te despiertes.

ALICIA: Eso podría ayudarme.

BETH: La otra opción es que la llames hoy, justo después de nuestra sesión.

ALICIA: Es verdad. Eso sería mejor. Por lo menos podría llamar y ver si está libre para mañana.

BETH: Pienso que aquí la clave es encontrar un lugar para comenzar. Sé que es muy difícil. Ha sido un tema estresante durante mucho tiempo, y solucionar el problema puede requerir un poco de esfuerzo. Sin embargo, tengo mucha confianza en que podremos resolverlo. Te voy a pedir que no esperes más de ti misma que tomar una taza de café con Ellen esta semana.

ALICIA: De acuerdo, puedo hacerlo, siempre y cuando ella esté disponible.

BETH: Anotemos que hoy has de hacer una llamada después de nuestra sesión y a continuación tal vez cerrar tu programación para varios días con el fin de asegurarte de que das con el día en que Ellen está libre.

ALICIA: Supongo que es la mejor forma de asegurarme de que voy a hacerlo.

BETH: Hablemos sobre dónde podríais tomar el café, un lugar que lo haga factible...

En este intercambio, Beth trabaja con Alicia para dividir la tarea del compromiso social. De vez en cuando, los clientes que tienen importantes problemas con las tareas sencillas, en realidad se hacen mucho más expertos una vez que comienzan. Alicia puede descubrir que comienza con una llamada a Ellen y el segundo paso consiste en contactar de nuevo con su amigo Bobby al final de la semana. La división de las tareas requiere creatividad por parte del terapeuta y del cliente. Algunas tareas son relativamente sencillas, como limpiar una habitación o pagar facturas atrasadas. Otras tareas, como construir relaciones interpersonales o hacer duelo por una pérdida importante, pueden ser bastante complejas. No obstante, sin reparar en la complejidad de la tarea, la intención es hacer que el cliente comience algo. Está claro que si solo nos reunimos con un amigo, probablemente no nos aliviará la depresión. Sin embargo, el terapeuta de AC vuelve una y otra vez al principio de «comenzar por algo pequeño y construir desde ahí». El cambio de cosas pequeñas puede traer consigo una sensación de logro y una luz de esperanza, aumentando la probabilidad de que el cliente continúe implicándose en elementos más difíciles e importantes de su vida. Esto puede ser especialmente importante cuando se abordan problemas que se han complicado no solo por la depresión del cliente, sino también por la naturaleza del contexto de su vida. Por ejemplo, puede ser difícil encontrar trabajo y el proceso de búsqueda de empleo puede mantener y aumentar la depresión con el tiempo.

John había sido despedido de su trabajo como vendedor hacía muchos meses. Su sueño había sido montar su propio negocio y ser el jefe. Pensaba que podría hacer frente a las vicisitudes de la economía y no quiso ponerse a merced de otra empresa. Sin embargo, después de varios meses de esfuerzo para crear su negocio, se sintió frustrado y triste. Cuando comenzó la terapia, estaba bloqueado. Pasaba la mayoría de los días en casa y comentaba a su terapeuta que ni siquiera podía decir lo que hacía durante todo el día. Aunque tenía la esperanza de montar su negocio, había caído claramente en la trampa de no saber por dónde comenzar. Afortunadamente, John había recibido una pequeña indemnización por despido y su esposa tenía un trabajo de jornada completa, de modo que había suficiente

dinero para poder dedicar tiempo a resolver esta situación. El problema era que el tiempo pasaba y John no avanzaba.

Con la ayuda de su terapeuta, John comenzó a pensar en cosas pequeñas. El primer paso fue ver los tipos de trabajo que tenía la gente y que les permitían ser independientes, trabajar al aire libre e ir de un sitio a otro durante el día. Como tarea inicial, analizó el diseño de jardines, el trabajo en el jardín, la preparación de jardines y casas para corredores de bienes inmuebles, sacar a pasear al perro y pintar casas. Él y su terapeuta analizaron lo que había aprendido sobre cada una de las opciones posibles. De estas ideas, el hacer algo con animales era la que más le atraía. Pensó que se necesitaría muy poco entrenamiento para aprender a tratar a los perros y por eso decidió analizar la posibilidad de abrir un negocio de paseo y ejercicio para perros. Había dado el primer y pequeño paso de decidir el tipo de negocio que podría montar.

Con el consejo de su terapeuta, John comenzó a elaborar su concepto de trabajo con una serie de pequeños pasos. En primer lugar, evaluó el mercado de su zona local para implantar dicho negocio. También asistió a varias clases de entrenamiento canino con su propio perro para poder ofrecer un nivel de obediencia en el entrenamiento como parte del paquete que quería proporcionar a sus clientes. A continuación consiguió la licencia para su propio negocio y se afilió a una asociación de cuidadores profesionales de animales domésticos. Después hizo unos folletos y un programa de mercado.

Tras seis meses tenía ya sus tres primeros clientes. No ingresaba suficiente dinero para ganarse la vida, pero estaba avanzando. Su estado anímico había mejorado a un ritmo constante con cada paso de la tarea. Aunque seguía un poco preocupado por su economía, en realidad se sentía alegre cuando trabajaba con animales.

En resumen, ¡el comienzo por lo pequeño es una parte grande de la AC! Se opone a la tendencia de establecer objetivos ineficaces y ayuda a los clientes a avanzar de manera productiva. El establecimiento de objetivos que parecen agobiantes es algo especialmente frecuente cuando las personas están deprimidas. Muchos clientes argumentan que dar algunos pasos no es suficiente y que deberían dar más. En el extremo contrario del continuo «puedo hacerlo», algu-

nos clientes dirán: «No puedo hacerlo» incluso a la más pequeña de las tareas. El énfasis en la necesidad de comenzar por lo pequeño a menudo puede aportar alivio a ambos extremos del espectro. La programación de tareas graduadas y detalladas puede ser sumamente útil cuando se está deprimido.

Tabla 5.1. Dos ejemplos de tareas complejas graduadas

Contactar de nuevo con los amigos.

- Haz una lista de personas con las que el cliente ha perdido el contacto.
- Reúne tantos números de teléfono de esas personas o direcciones de *e-mail* como te sea posible.
- Elige una o dos personas para contactar.
- Elige un día, una hora y una forma de contactar con ellas.
- Haz una llamada o envía un *e-mail*.
- Invita a esa persona a un encuentro cara a cara.
- Elige a otro viejo amigo.
- Repite.

Mejorar un contexto laboral poco satisfactorio en el que un cliente se siente agobiado y se retrasa en proyectos laborales importantes.

- Enumera todos los proyectos laborales.
 - Anota la fecha tope para cada proyecto o indica si los proyectos están en curso.
 - Identifica un proyecto con el fin de establecerlo como objetivo para la siguiente semana.
 - Identifica los subcomponentes concretos de ese proyecto.
 - Anota la cantidad de tiempo estimado para cada subcomponente.
 - Programa una tarea de cada subcomponente para cada mañana.
 - Monitoriza la cantidad de tiempo utilizado, lo que se ha conseguido y los obstáculos que surgieron.
 - Vuelve a traer el formulario de monitorización a la siguiente sesión con el fin de solucionar problemas y elegir un nuevo proyecto como siguiente objetivo.
-

Nota. Algunas actividades son más fáciles de graduar que otras. Los objetivos relacionados con las relaciones personales y con el ámbito laboral pueden ser complicados. Aquí se ilustra cómo el terapeuta y el cliente graduaron dichas actividades.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

De todas estas maneras, el terapeuta de AC logra el equilibrio entre la necesidad que tiene el cliente de cambiar y las realidades de la energía, el tiempo y los recursos del cliente. El proceso de cambio que utiliza tareas graduadas suele requerir paciencia y perseverancia por parte del cliente y del terapeuta. La Tabla 5.1 nos ofrece dos ejemplos más de cómo los terapeutas y los clientes han dividido las actividades para realizar cambios en algunos campos importantes de la vida.

Hacer frente a la activación «todo o nada»

La programación y la estructuración de actividades pueden servir para hacer frente a la evitación del cliente y pueden ayudarle a comenzar la activación. Sin embargo, el objetivo no es necesariamente completar la tarea en su totalidad. Muchos clientes con depresión sucumben fácilmente a una sensación de fracaso y establecen objetivos que no son realistas. Se deberían establecer actividades para maximizar el éxito. Por ejemplo, si una tarea acordada es llamar o visitar a dos amigos concretos durante la semana, el hecho de hablar con un amigo por teléfono, aunque solo sea una vez, es considerado como un éxito sobre el que podemos empezar a construir. A veces, una actividad aporta un estímulo inmediato en el estado anímico, haciendo más fácil reintentar el proceso (como en el ejemplo anterior, en el que Ellen dijo a Alicia lo contenta que estaba al tener noticias suyas). En otros momentos se necesita estímulo para continuar, y los terapeutas pueden asegurar a los clientes que, aun cuando no tenga una recompensa inmediata, una actividad elegida correctamente terminará siendo gratificante. Esto es lo que suele suceder cuando las actividades implican tareas rutinarias como limpiar una habitación, escribir un currículum vitae y quehaceres similares. El cliente puede sentirse contento –o no– si ya no tiene las hojas esparcidas por todo el jardín y podría completar la tarea, aun sintiéndose mal cuando se encuentra al aire libre. Sin embargo, con el paso del tiempo los intentos progresivos de trabajar en el jardín pueden ser considerados como experiencias agradables. Además, la AC trata tanto sobre la implicación en las actividades de dominio como en las

actividades de placer, y no podemos subestimar el valor reforzador del dominio. Por ejemplo, aunque quizás el cliente no haya disfrutado con el trabajo en el jardín, puede que se haya sentido satisfecho al terminar la tarea. Incluso los pequeños pasos pueden ser una recompensa, aunque esta no sea evidente del todo. La AC se basa en la premisa de que si el cliente continúa dando pequeños pasos, con el tiempo volverá a estar en el buen camino.

Principio 6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.

Cuando las personas adoptan una conducta que está reforzada de forma natural por el entorno, esa conducta tiene más probabilidades de repetirse que otra reforzada de forma arbitraria añadiendo algo externo que no está necesariamente relacionado con ella –como dar una galleta a un niño como recompensa por haberse bañado–. El refuerzo natural implica que las consecuencias que refuerzan sigan lógicamente a la conducta y que sean propias del entorno (Sulzer-Azaroff y Mayr, 1991). Por ejemplo, si un individuo lava los platos porque esto le proporciona una sensación de logro y disfrute al ver la cocina ordenada, es probable que se fomente la conducta de lavar los platos. La sensación de dominio y la de placer son contingencias naturales que siguen de forma lógica al acto de lavar los platos. Por el contrario, si una persona experimenta el lavar los platos solo como una tarea rutinaria y considera que toda la experiencia es aversiva, pero es obsequiada con algo especial al terminar, es posible que lave los platos una o dos veces, pero la conducta concreta de lavar los platos no se verá fomentada necesariamente de forma permanente.

Si Ellen, la amiga de Alicia, respondiera a una llamada diciendo: «Ya era hora de que llamas... ¡pensé que te había tragado la tierra!», Alicia podría sentirse avergonzada y triste por la conversación telefónica con Ellen. Sin embargo, si Ellen dijera: «Alicia, me encanta tener noticias tuyas, he estado pensando en ti y quería llamarte... pero estoy contenta de que te hayas adelantado», Alicia se sentiría probablemente aceptada, feliz y más dispuesta a llamar de nuevo. Estas son contingencias naturales y la aprobación de Ellen podría servir como reforzador natural.

De este modo, un terapeuta experto en AC trabaja para identificar actividades que tienen una elevada probabilidad de refuerzo natural. Las pistas para identificar las actividades que son reforzadoras por naturaleza se encuentran en la historia de lo que le ha sucedido al cliente en el pasado. La sencilla pregunta: «¿Qué estás dispuesto a hacer cuando no estés deprimido?» puede servir para descubrir dichas actividades.

La gestión de las contingencias en la vida del cliente es una forma de hacer buen uso del refuerzo natural. La gestión de las contingencias implica simplemente gestionar el resultado de las actividades bajo determinadas circunstancias, es decir, gestionar los «ABC» (antecedentes, conducta y consecuencias) de la conducta. Por ejemplo, el terapeuta puede animar al cliente a implicarse en público en una determinada actividad. A James, el cliente del que hemos hablado anteriormente y que acordó pasear durante veinte minutos tres veces durante la semana siguiente, se le puede animar para que dé un paseo con un amigo en vez de hacerlo solo. El acuerdo para pasear con un amigo es un tipo de compromiso público que también puede aumentar la sensación de placer que se desprende de forma natural del hecho de compartir la actividad con otra persona. En algunas ocasiones, el terapeuta y el cliente pueden acordar un plan que consiste en que el cliente llamará al terapeuta cuando la actividad se haya completado. Esto sirve para lograr dos posibles objetivos: la conducta puede ser reforzada por la sensación de logro que el cliente siente al hablar al terapeuta sobre el éxito, y la evitación puede verse reducida, porque el cliente no quiere admitir ante el terapeuta que la tarea no ha sido completada.

Otro método de la gestión de la contingencia es la utilización del Principio de Premack (1959), que limita la adopción de una conducta de alta frecuencia, sujeta primero a la adopción de una conducta de baja frecuencia. En otras palabras, si ver la televisión es una conducta de alta frecuencia y limpiar la cocina es de baja frecuencia, podríamos hacer que ver la televisión dependiera en primer lugar de dedicar un tiempo determinado a limpiar la cocina. Este enfoque está en armonía con el principio de adoptar conductas que son reforzadoras

por naturaleza, pero utiliza otros incentivos para aumentar la adopción de conductas que son menos reforzadoras. Hay que reconocer que utiliza una actividad reforzadora de forma arbitraria, ya que, en nuestro ejemplo, ver la televisión no es el resultado natural de limpiar la cocina. No obstante, también podemos realizar las tareas tediosas y difíciles de una forma más sencilla si gestionamos las contingencias del entorno. Si escuchamos música mientras limpiamos la cocina, podemos convertir la limpieza en una tarea más agradable. La gradación de tareas para comenzar con una que pueda ser realizada rápidamente puede dar una sensación inmediata de dominio y aumentar la motivación para abordar una tarea más difícil y que requiera más tiempo. La gestión de las contingencias, la programación de actividades y el establecimiento de objetivos conductuales alcanzables por parte del cliente son técnicas constantes a lo largo de todo el proceso de la AC.

Tabla 5.2. Estructurar y programar actividades para la AC

Cuando ayudamos a los clientes a estructurar y programar actividades, suele ser útil tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- ¿Qué frecuencia en las tareas será la más efectiva para el cliente?
- ¿Qué duración y/o intensidad en la actividad será la más efectiva para el cliente?
- ¿En qué días y a qué horas en concreto debería el cliente realizar la actividad?
- ¿Habéis comenzado el cliente y tú «por lo pequeño»?
- ¿Habéis hecho frente el cliente y tú a la «activación “todo o nada”»?
- ¿Habéis identificado el cliente y tú actividades que probablemente son reforzadores naturales?

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Resumen

Hemos destacado la importancia de la programación y la estructuración de actividades para que el cliente pueda aumentar la activación más fácilmente. La Tabla 5.2 nos ofrece un resumen de ideas para trabajar con esta técnica. Para ayudar a los clientes con depresión a adoptar conductas antidepresivas, los terapeutas y clientes de AC trabajan juntos para programar actividades específicas que los clientes han de realizar entre las distintas sesiones. Cada actividad se estructura de antemano para que el cliente sepa específicamente lo que ambos han acordado hacer. Las actividades deberían ser coherentes con los objetivos a largo plazo o a corto plazo del cliente. Podemos encontrar pistas en el historial del cliente sobre actividades del pasado en las que él estuvo implicado, actividades que podrían reforzar de manera natural sus conductas antidepresivas. Los problemas potenciales que podrían ser un obstáculo para la activación son analizados con antelación, haciendo especial hincapié en las posibles conductas de evitación. A continuación nos centraremos en un análisis más riguroso, en el estudio de la resolución de problemas y en los métodos concretos para hacer frente a las conductas de evitación.

6

Resolución de problemas y respuesta a la evitación

«Un programa de acción tiene riesgos y costes, pero son mucho menores que los riesgos y costes a largo plazo de una actitud de cómoda inacción».

John F. Kennedy (1917-1963)

Alicia dijo a su terapeuta: «Mi vida es un completo desastre y estoy muy lejos de donde quiero estar. Mis amistades están rotas y me siento abatida por ello. A veces me pregunto qué sentido tiene todo esto».

Beth escuchó atentamente cómo Alicia hablaba sobre las dificultades en el campo interpersonal de su vida y cómo estos problemas estaban conectados con su depresión. Alicia explicó lo siguiente: «La única persona que me llama es Ellen. Es comprensible que los demás no quieran llamarme, porque no les he devuelto las llamadas y tienen que ir a esa desagradable zona de la ciudad para verme. Lo único que puedo hacer es ir a mi trabajo temporal –y, de hecho, es lo que estoy haciendo– y esta no es manera de vivir».

Beth comprendió la magnitud de los desafíos que Alicia estaba afrontando. Se lo dijo y a continuación le preguntó expresamente sobre los problemas de su trabajo: «Estoy de acuerdo, Alicia. Parece que aho-

ra tienes muy pocas cosas significativas o divertidas en tu vida y estás perdiendo un montón de tiempo y pasándolo mal en un entorno que no te gusta. Sé que hemos comenzado a trabajar en tus amistades y me pregunto de qué modo tu situación laboral está influyendo en tu estado anímico. ¿Has aparcado tu objetivo de encontrar un empleo mejor?».

La respuesta de Alicia fue clara: «¿Y qué sentido tiene? He esperado ocho meses para obtener este estúpido trabajo temporal. Pues sí, supongo que sí. He renunciado a muchas cosas. Parece que lo único para lo que tengo energía o motivación es para tumbarme en la cama y manosear revistas estúpidas. ¿Por qué no puedo volver a buscar trabajo o descolgar el teléfono y llamar a mis amigos?».

Beth respondió con este comentario: «Alicia, lo que dices se parece a lo que hablamos cuando nos conocimos. Ese método, que consiste en obligarte a poner en práctica el “¡Simplemente, hazlo!” recurriendo a la fuerza de voluntad, no funciona muy bien con la depresión. Pasar a la acción y resolver los problemas de la vida es difícil, Alicia, sobre todo cuando te sientes deprimida. Recuerda que estas son las razones por las que tener una “entrenadora” como yo te ayudará a entender que todo esto puede ser especialmente útil. Juntas determinaremos concretamente cuáles son los problemas que te bloquean y te impiden avanzar en tu vida. Me pregunto qué ámbito es el mejor para que empecemos a trabajar: ¿los amigos o el trabajo?». Alicia respondió: «El tema del trabajo me resulta ahora muy difícil. Pienso que no puedo hacerlo cuando me siento así. Además, creo que si tuviera algo más de apoyo, sería más fácil hacer lo relativo al trabajo». Beth dijo: «Estoy totalmente de acuerdo; abordaremos ese tema hoy de nuevo».

Introducción

Alicia comenzó su sesión con una fuerte sensación de desesperanza, preguntando directamente: «¿Qué sentido tiene?». Muchos terapeutas han escuchado lamentos parecidos de sus clientes con depresión. Los clientes se sienten agobiados por el número y la dificultad de sus problemas, y a veces es fácil que el terapeuta también se agobie. A menu-

do, los clientes están deprimidos porque tienen problemas reales y se encuentran en situaciones extraordinariamente difíciles y dolorosas. Algunos clientes también comienzan la terapia mediante estrategias caracterizadas por la pasividad, la evitación o la retirada. Como hemos analizado ya, estas respuestas de afrontamiento crean problemas secundarios adicionales que pueden seguir manteniendo la depresión. Muchos clientes se sienten como si estuvieran atrapados en una cueva completamente oscura y no pudieran encontrar la salida hacia la luz.

La resolución efectiva de los problemas es un camino para salir de la depresión. Dado el énfasis que la AC pone en los factores contextuales que mantienen la depresión en el tiempo, la resolución de problemas desempeña un papel prioritario y tiene lugar a lo largo de la terapia. La tarea del terapeuta de AC es «actuar como un entrenador» (Principio 7), y la mayor parte de este entrenamiento se centra en ayudar al cliente a solucionar problemas. El Principio 8 («Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles») es el hilo conductor a lo largo de todas las sesiones de AC, en las que el terapeuta se implica con el cliente en la resolución de problemas vitales importantes y en las que encarna una actitud de resolución de problemas en la forma en que reacciona frente a los problemas que pueden surgir durante el tratamiento. En este capítulo analizaremos cómo se lleva a cabo la resolución de problemas en la AC y ofreceremos una visión general de las intervenciones tradicionales de resolución de problemas como base desde la que podemos analizar cómo el terapeuta enfoca los problemas en la AC. También proporcionamos un acrónimo que sirve como término mnemotécnico a la hora de realizar la resolución de problemas en la AC.

La resolución tradicional de problemas y su uso en la AC

La resolución de problemas es una técnica cognitivo-conductual ampliamente probada que es utilizada en la AC y que ha sido bastante estudiada como tratamiento de pleno derecho (D’Zurilla y Nezu, 1999; Mynors-Wallis et al., 1997). La resolución tradicional de problemas tiene una larga historia; se ha aplicado a una gran variedad

de problemas y sectores de población que han sido fijados como objetivo, incluyendo tanto a individuos (D’Zurilla y Goldfried, 1971; D’Zurilla y Nezu, 1982) como a parejas (Jacobson y Margolin, 1979).

La resolución tradicional de problemas procede por lo general en un estilo estructurado. Si somos coherentes con nuestra recomendación de que los terapeutas de AC deben ser específicos y concretos, debemos afirmar que el primer paso debe consistir en definir el problema con claridad. Una definición exhaustiva del problema puede servir para abordar el sentimiento de angustia del cliente producido por la magnitud de sus problemas. Los problemas se definen en términos conductuales para que sea más fácil generar soluciones. Se puede pensar en varias soluciones para un problema, como, por ejemplo: «Paso demasiado tiempo mirando al vacío, pensando en cuánto echo de menos a mi mejor amigo, que se ha trasladado». Por el contrario, es más difícil concebir soluciones para un problema definido simplemente como «Me siento fatal». Es útil guiar a los clientes en el desarrollo del hábito de expresar el problema en términos conductuales y pensar de forma contextual sobre las situaciones en las que se producen los problemas.

El segundo paso en la resolución de problemas es poner en común tantas soluciones como sea posible sin juzgarlas. El no juzgar las posibles soluciones nos permite concebir diversas posibilidades en vez de atascarnos en unas pocas soluciones prácticas. Una vez que hemos establecido una larga lista de posibilidades, podemos evaluarlas según los pros y los contras de cada solución. El cliente y el terapeuta pueden dedicar mucho tiempo a este paso. El análisis de los pros y los contras de las soluciones de la lista de posibles opciones ayuda a clarificar cuál es el mejor curso de la acción. Cuando el cliente ya ha decidido una solución concreta, esta solución se debería establecer en términos conductuales y debería ser puesta en práctica.

El siguiente paso del proceso es evaluar los resultados; para hacerlo, es necesario un marco temporal realista que permita experimentar una solución. Una vez que el cliente ha aplicado la solución durante el periodo temporal predeterminado, podemos valorar el resultado de la solución. En este punto puede ser necesario modificar la solución o proponer una solución diferente.

La resolución de problemas en la AC no se enseña necesariamente utilizando estos pasos específicos de un modo explícito o didáctico. En ciertos aspectos, el énfasis de la AC reside en «resolver los problemas» más que en «enseñar a resolver los problemas» de forma explícita. Los terapeutas trabajan activamente con los clientes para identificar problemas que provocan o mantienen la depresión, y para resolverlos. Al hacerlo, el terapeuta de AC formula preguntas para definir el problema, concibe soluciones y valora el resultado de los planes que se han desarrollado.

Por ejemplo, un cliente, Timothy, quería comprar un coche nuevo, ya que su coche gastaba mucho combustible y necesitaba reparaciones muy caras. Su compañera, Gail, había expresado su preocupación con respecto a la gran cantidad de dinero que habían gastado y a Timothy le preocupaba la desaprobación de su compañera. Timothy y su terapeuta mantuvieron el siguiente diálogo:

TIMOTHY: Quiero comprar un coche, pero estoy seguro de que Gail se va a enfadar si se lo digo.

TERAPEUTA: ¿Habéis hablado los dos de comprar un coche nuevo?

TIMOTHY: No. Ella se enfadó mucho conmigo el mes pasado cuando llegué a casa con un televisor de pantalla plana que uno de mis compañeros de oficina me vendió ¡por solo trescientos euros!

TERAPEUTA: ¿Habíais hablado de comprar un televisor nuevo?

TIMOTHY: Habíamos dicho que nos compraríamos un televisor de pantalla plana para la Navidad del año siguiente. Pensé que estaba haciendo una buena compra y no me pude creer lo enfadada que se puso cuando llegué a casa con el televisor.

TERAPEUTA: ¿Se enfadó porque habías gastado el dinero?

TIMOTHY: Bueno, pienso que fue el hecho de no decírselo antes de comprarlo. Sin embargo, ahora le encanta ver la televisión.

TERAPEUTA: Entonces se enfadó porque no la consultaste antes de comprar el televisor a tu amigo. ¿Hay algo que deberías aprender de todo esto a la hora de abordar el dilema del coche nuevo?

TIMOTHY: Bueno, supongo que no debería comprarlo sin hablar antes con Gail.

TERAPEUTA: Parece razonable. ¿Cómo podrías abordar esto? ¿Qué posibilidades tienes?

TIMOTHY: Bueno, podría ir a comprar uno pero, como ya he dicho, probablemente es una mala idea. Supongo que podría decirle que pienso que mi coche actual nos va a hacer gastar mucho dinero a la larga y que sería más barato comprar un coche nuevo.

TERAPEUTA: ¿Cómo se lo expondrías?

TIMOTHY: Ah, es fácil. Tengo facturas de los tres últimos meses. ¡Tres mil doscientos euros gastados solo en reparaciones! También he revisado el kilometraje y mi coche recorre ¡solo ocho kilómetros con cada litro de combustible! Pienso que un coche híbrido sería una buena inversión.

TERAPEUTA: Entonces podrías presentarle esos datos. ¿Podrías hacer algo más?

TIMOTHY: Podría mirar el mercado *online* y consultar el precio de un híbrido más nuevo, aunque no fuera recién salido de fábrica, y estudiar el consumo.

TERAPEUTA: Sí. Entonces, ¿a qué conclusión llegas con todo esto?

TIMOTHY: Presentaré a Gail un buen razonamiento y le mostraré que no es una compra impulsiva.

TERAPEUTA: ¿Es eso importante para ella?

TIMOTHY: Pienso que sí. Me refiero a que se puso como loca cuando no la consulté antes de comprar el televisor, aunque estaba de acuerdo en que el precio estaba bien. Por eso pienso que debería reunir toda esa información y hablar con ella.

TERAPEUTA: ¿Cuándo lo harás?

TIMOTHY: Tengo todas las facturas y podría consultar el mercado *online* mañana. Si reúno toda la información, podría hablar con ella mañana por la noche.

TERAPEUTA: ¿Lo anotamos en tu programa de actividades?

TIMOTHY: Sí, por supuesto.

TERAPEUTA: ¿Hay algo más que te gustaría hacer?

TIMOTHY: Quizás pedirle que elija un día del próximo fin de semana para ver coches. Tal vez probar algún coche en carretera sería divertido. Incluso le prometería no comprar nada durante el fin de semana.

TERAPEUTA: Me parece un plan muy factible. Me pregunto cómo podemos evaluar si ha salido bien. ¿Cómo sabremos que esta solución para el problema ha funcionado?

TIMOTHY: Pues comprando un coche.

TERAPEUTA: Y si Gail no está de acuerdo en comprar un coche, ¿habrás fracasado?

TIMOTHY: Bueno, supongo que esa posición es muy rígida. Tal vez yo sentiría que ha sido un éxito si habláramos sobre ello sin llegar a discutir.

TERAPEUTA: ¿Piensas que tu plan es suficiente para garantizar que va a ser así?

TIMOTHY: Sí, si le digo abiertamente que solo quiero hablar con ella sobre esto, porque respeto su opinión y su aportación, y no estoy pidiendo que vea las cosas como yo.

TERAPEUTA: Parece un plan razonable. Hablaremos la próxima semana de cómo resulta todo.

En este diálogo, el terapeuta ayuda a Timothy a identificar el problema que había surgido con la compra del televisor nuevo. De hecho, lo que disgustó a su compañera no fue la compra sino el no haberle consultado. Y esto clarificó la naturaleza del problema que se había de resolver cuando se analizó el deseo de Timothy de comprar un coche nuevo. Timothy también propuso soluciones que quizás no funcionarían y soluciones que posiblemente funcionarían mejor. Cuando elaboró un plan, programó el momento para llevarlo a cabo. Como sabía que podría ser poco realista dar por supuesto que su compañera estaría de acuerdo como resultado del plan, el terapeuta le pidió que fuera más específico a la hora de determinar el éxito.

Tipos de problemas abordados en la AC

Hay dos categorías generales de problemas que la AC fija como objetivo: problemas primarios y problemas secundarios. Los problemas primarios, que normalmente escapan al control del cliente, influyen en el comienzo y en el mantenimiento de la depresión, mientras

que los secundarios son el resultado de la respuesta natural del cliente a los problemas primarios. Por ejemplo, uno de los problemas primarios podría ser un historial de inestabilidad familiar o la ruptura de una relación. La reacción concreta del individuo a estos problemas podría ser un sentimiento de desesperanza y de apatía y, si los síntomas son muy graves, serían diagnosticados como depresión. Quedarse en la cama, evitar a los amigos o realizar actividades pasivas (como ver la televisión) son respuestas comprensibles cuando el individuo se siente apático. Mantener un perfil social bajo también es razonable cuando uno ha sido herido o cuando las dificultades interpersonales provocan emociones negativas a partir de un historial familiar adverso. La AC considera que dichas conductas son problemas secundarios, ya que sirven para afianzar el estado anímico depresivo y pueden empeorar el problema primario –en este caso, mantener en última instancia a la persona más aislada y sola debido a la pérdida de contacto con los amigos y a la pérdida de relaciones–. Aunque el déficit de habilidad por parte del cliente puede empeorar los problemas secundarios, por lo general el cliente suele controlarlos bien y, por lo tanto, pueden ser inicialmente más susceptibles de intervención.

Los problemas primarios pueden incluir experiencias de pérdida que han hecho que la vida sea menos gratificante y/o más dura, dificultades cotidianas y acontecimientos negativos, como un accidente que produce un dolor crónico o una serie de pequeños cambios, como un nuevo vecino que produce contaminación acústica o un aumento del tráfico. Los problemas secundarios pueden consistir en el aislamiento social, en conductas pasivas de huida como entreteñerse con juegos de ordenador, o el abuso del alcohol o las drogas. Otra forma de decir esto es que los problemas primarios representan un acontecimiento o unos acontecimientos que pueden provocar depresión, mientras que los problemas secundarios se producen como resultado de respuestas frecuentes pero ineficaces al sentimiento de depresión.

Aunque los problemas primarios son objetivos importantes para el cambio, a menudo son fijados como objetivo después de haberse

producido un avance de los problemas secundarios. Los problemas primarios pueden ser más difíciles de resolver cuando el individuo está deprimido. Por otro lado, los problemas secundarios son más fáciles de fijar como objetivo una vez que está claro lo que se debe evitar y qué función tiene esta evitación. Como la tendencia a huir o a evitar los sentimientos y las situaciones negativas es una predisposición muy humana, el abordar los problemas primarios antes de ayudar al cliente a desarrollar la habilidad de activarse frente a los sentimientos negativos podría dar como resultado un éxito limitado y hacer que los clientes se sientan aún más desanimados. Una vez que el cliente ha comenzado a aumentar la activación, puede ser más fácil abordar los problemas primarios.

El establecer si un problema es primario o secundario no siempre puede ser determinado a partir de la forma de la conducta; más bien, a menudo es necesario atender a la función del problema conductual. Por ejemplo, la pérdida del trabajo puede ser un problema primario que provoca un episodio depresivo que está totalmente fuera del control del cliente debido a una situación económica precaria. Y a la inversa, la pérdida del trabajo puede ser el resultado de un patrón conductual de un individuo que, en respuesta a un sentimiento depresivo, lo manifiesta tarde o no lo manifiesta y, por lo tanto, es despedido. Este es un ejemplo claro de cómo en un caso, la pérdida de empleo es independiente de la conducta de la persona y, de este modo, es un problema primario, mientras que en el otro caso es una consecuencia directa de la evitación y, por lo tanto, es un problema secundario.

Resolución de problemas y evitación

Como la evitación es uno de los obstáculos más frecuentes para una resolución efectiva de los problemas, el hacer frente a la evitación del cliente es un aspecto fundamental de la resolución de problemas en la AC. Dos elementos son cruciales en este proceso, a saber, identificar cuándo se produce la evitación y validar el dilema del cliente. Primero abordaremos cómo identificar la evitación y a

continuación dirigiremos nuestra atención a la importancia de validar la dificultad de cambiar los patrones de evitación.

Los terapeutas pueden identificar la evitación si están alerta ante conductas que ayudan al cliente a impedir que se produzca algo aversivo. También utilizamos el término general de «evitación» como atajo cuando hablamos con los clientes sobre las conductas de evitación, es decir, actuar para evitar algo, y conductas de huida, es decir, salir de una situación no deseable, cuando el cliente hace algo para librarse temporalmente de una experiencia aversiva. Las conductas de huida poco útiles incluyen conectar la televisión para librarse de tener que preparar la declaración fiscal, beber alcohol para evitar el sentimiento de soledad, etcétera. En la medida en que es más probable que la conducta se repita como resultado de esa huida y evitación, podemos decir que dicha conducta ha sido reforzada negativamente. Además, aunque el cliente pueda recibir un beneficio a corto plazo a partir de una conducta de evitación, casi siempre hay un coste. Por lo general, el cliente no aborda una actividad necesaria para perseguir importantes objetivos y bienestar a largo plazo. Esto describe, en pocas palabras, cómo se conceptualiza la evitación en la AC. A veces, la evitación es evidente –por ejemplo, cuando el cliente se aísla en su casa todo el fin de semana, desatendiendo tareas y alejándose de todo contacto social–. Otras veces, la evitación es muy sutil –por ejemplo, cuando el cliente está bastante activo y, sin embargo, su vida no parece gratificante.

Hay muchos ejemplos de evitación en la experiencia de Alicia, y dichos patrones de evitación están íntimamente conectados con la lucha de Alicia por superar la depresión. La sesión descrita al principio de este capítulo alude a los problemas primarios y secundarios del caso de Alicia. La depresión de Alicia fue provocada por el problema primario de su despido laboral, la pérdida de su casa y su incapacidad de encontrar un empleo fijo después de meses de búsqueda. Es fácil observar cómo estos problemas son para Alicia pérdidas significativas y cómo contribuyeron a una vida menos gratificante. Como Alicia tiene ahora un empleo menos atractivo y vive en un entorno menos atrayente, su vida cotidiana está llena de problemas y de nega-

tividad, lo cual también contribuye a que la vida sea menos gratificante. Aunque estos acontecimientos vitales a menudo eran inevitables y escapaban a su control, Alicia se enfrentó a ellos por medio de conductas de evitación que contribuyeron a una depresión más severa. Sin embargo, en general las personas no siempre son capaces de responder de manera funcional a los problemas primarios y a los sentimientos que estos problemas provocan, y se implican en patrones de adopción de soluciones que no son eficaces en la resolución de los problemas primarios y de las emociones asociadas. En el contexto de la depresión, esto generalmente es un patrón de retirada y de evitación, y es cada vez más un estrechamiento de las actividades de la vida del individuo (Lewinsohn, 1974). En efecto, las personas deprimidas se desvinculan de muchos o de todos los elementos de la vida que antes les aportaban gratificación.

En concreto, Alicia comenzó a evitar el contacto con casi todos sus amigos, dejó de buscar trabajo y dejó de hacer las cosas que le gustaban, como trabajar en el jardín o leer libros. Estos patrones de evitación se convirtieron después en problemas secundarios, y Alicia terminó bloqueada en un trabajo que odia, con escaso apoyo social e implicada en pocas –o ninguna– actividades agradables. El patrón de Alicia ilustra perfectamente el Principio 2 de la AC, según el cual «los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y las estrategias de adaptación a corto plazo pueden bloquear con el tiempo a las personas». Quedarse en la cama y evitar el contacto social son patrones de evitación frecuentes; otros ejemplos de problemas secundarios incluyen la inhibición de las experiencias emocionales mediante el alcohol u otras conductas adictivas, la subordinación continua de las necesidades del individuo a las de los demás (por ejemplo, el cónyuge) y el mantenimiento de una relación insatisfactoria por miedo a estar solo. Estos ejemplos ilustran cómo a menudo los patrones de evitación son sutiles y complejos patrones conductuales que no siempre son evidentes de forma inmediata. Para Beth fue crucial la identificación de los principales patrones de evitación que perpetuaron la depresión de Alicia y el hecho de empezar a fijarlos como objetivo mediante una activa resolución de problemas.

La validación de la tendencia natural a la evitación y el desafío del cambio

Hay muchas buenas razones por las que el cliente se bloquea en el círculo vicioso de la depresión, y la validación de la dificultad de romper los patrones afianzados es necesaria para que los clientes pasen de la evitación a la activación. Cuando la evitación es sutil, compleja o aparentemente insoluble, clientes y terapeutas pueden desanimarse cuando no se completan las tareas domésticas o no se realizan las tareas analizadas detenidamente en una sesión. Nunca se insistirá demasiado en la importancia que tiene el hecho de que el terapeuta valide la difícil lucha del cliente y, al mismo tiempo, siga esperanzado y anime al cliente. A menudo nos recordamos a nosotros mismos el Principio 8, que anima al terapeuta a «insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles».

Otra respuesta común recogida del diálogo de Alicia son estas palabras: «¿Por qué estoy tan bloqueada? Debería poder hacer algo para dejar de estar bloqueada». En estas situaciones, la validación puede ser una intervención efectiva y puede servir de punto de partida para la activación. Volvamos una vez más al diálogo entre Alicia y su terapeuta, Beth, para ilustrar cómo la terapeuta puede validar el esfuerzo por superar la evitación y, al hacerlo, ayudar a que se produzca el cambio.

BETH: Alicia, estoy segura de que hay muy buenas razones que expliquen por qué estás bloqueada y no puedes salir de tu estado actual. Ayúdame a comprender lo que te sucede cuando te sientes deprimida. Has dicho que normalmente los fines de semana y las noches de los días laborables te tumbas en la cama y ojeas revistas «de un modo mecánico». ¿Qué haría la «Alicia desbloqueada»?

ALICIA: Probablemente levantarme y llamar a un amigo o buscar trabajo en internet, o algo parecido a eso. Supongo que es exactamente lo que no estoy haciendo.

BETH: Pienso que tienes razón; esas cosas te resultan extremadamente difíciles en estos momentos.

ALICIA: Sí, y además mi casa es un completo desastre y no tengo comida sana. En realidad, no me estoy cuidando mucho.

BETH: Alicia, cuando estás en la cama, ¿piensas en algún momento en levantarte y hacer alguna de esas cosas, o a veces te levantas e intentas hacerlas? Si es así, ¿qué notas?

ALICIA: Bueno, a veces cuando pienso en levantarme o empiezo a intentarlo, me parece que es un esfuerzo monumental, y comienzo a sentirme aún más cansada. Vuelven los pensamientos desesperados, como «es inútil hacerlo», o empiezo a sentir ansiedad si pienso en llamar a un amigo que no sea Ellen. Incluso con Ellen me siento un poco culpable –ella debe estar quemada conmigo porque soy un desastre en todo momento–. Entonces hago un tímido intento o me invento una excusa para volver a la cama.

BETH: Bien, puedo comprenderlo, dado lo difícil que parece. Dime, ¿qué sucede con esos sentimientos de cansancio y angustia y con los pensamientos de desesperanza cuando vuelves a casa o te quedas en la cama?

ALICIA: Bueno, ya sabes, nunca lo he pensado antes, pero ahora que pienso en ello, parece que desaparecen durante un rato. A veces incluso me siento un poco aliviada, ya que ni siquiera voy a hacer el esfuerzo ese día.

BETH: Exactamente, Alicia. Es una buena forma de expresar que te sientes «bloqueada» y de manifestar lo difícil que es avanzar. ¿Recuerdas cuando hablábamos del fundamento de la terapia? Analizábamos el hecho de que cuando las personas se deprimen, tienden a retirarse y a evitar las cosas porque el abordarlas no trae consigo una recompensa y porque el hecho de hacerlo termina siendo un castigo. Pienso que eso es lo que te sucedió a ti, a tu búsqueda de trabajo y a tu situación vital. Pienso que es totalmente natural que te desentiendas de tus luchas con respecto a tu trabajo y a la pérdida de tu casa. Sin embargo, el problema de esta situación es que es más probable que continúes evitando estas cosas a corto plazo, porque te resultan muy difíciles y porque cuando las evitas, te sientes aliviada. Y luego, te bloqueas; si las evitas, puedes sentirte un poco mejor a corto plazo, pero estarás más deprimida y estresada a largo plazo. Me pregunto si esto es un patrón que se ha afianzado con firmeza. ¿Qué opinas?

De esta manera, la terapeuta explica a Alicia y valida para ella cómo los patrones conductuales pueden encontrarse bajo la influencia de un control aversivo, que en último término hace que sea más difícil cambiarlos. Al mismo tiempo, Beth destaca para Alicia la tenacidad con la que los patrones de evitación pueden persistir y la importancia de fijarles como objetivo con el fin de dar pasos hacia el cambio.

A menudo es difícil para el terapeuta validar de forma efectiva el poder de la evitación y el desafío del cambio. En primer lugar, la cultura norteamericana fomenta la mentalidad del «hazlo tú mismo», del «sigue adelante sin ayuda». No se fomenta el pedir ayuda y aceptarla, y es probable que esto haya sido castigado en el pasado. Aunque el cliente haya dado el paso de buscar ayuda comenzando la terapia, es probable que la actitud del «¡Simplemente, hazlo!» esté aún muy arraigada.

En segundo lugar, los clientes con depresión experimentan dificultades muy serias en la resolución de problemas. La emergente bibliografía neuropsicológica sugiere que puede haber un deterioro de las capacidades cognitivas específicas de los pacientes con depresión si las comparamos con los pacientes no deprimidos. Fossati, Ergis y Allilaire (2001) descubrieron que las habilidades de resolución de problemas se veían reducidas en personas con depresión severa cuando se las compara con personas no deprimidas. El deterioro en la toma de decisiones y en la capacidad para realizar tareas aparece también en pacientes con manías y en pacientes diagnosticados con depresión (Murphy et al., 2001), y los problemas con las habilidades en las funciones ejecutivas y la resolución de problemas pueden ser especialmente evidentes en los pacientes depresivos que tienen ideas suicidas (Marzuk, Hartwell, Leon y Portera, 2005). Estos estudios avalan la idea de que los clientes necesitan ayuda a la hora de abordar los problemas de forma sistemática y de determinar cuál es la mejor manera de proceder.

A menudo resulta útil el abordar directamente los valores de nuestra cultura y las vulnerabilidades de quien está deprimido. Puede ser una gran ayuda para la validación el hecho de compartir la informa-

ción precedente con los clientes de un modo que resulte comprensible. El terapeuta puede decir sencillamente: «Muchas personas piensan que la gente debería poder superar la depresión solucionando los problemas que van apareciendo en su vida. Sin embargo, hay una investigación emergente que sugiere que la capacidad de resolver los problemas de la vida es en realidad más difícil cuando la persona está deprimida. La depresión influye en lo que llamamos «funciones ejecutivas» o, dicho con palabras más sencillas, la depresión deteriora las destrezas que tiene la persona para resolver los problemas».

Por esta razón volvemos también una y otra vez al Principio 7, «Actuar como un entrenador». Destacamos firmemente la necesidad de un entrenador a la hora de emprender algo muy difícil, como es superar la depresión. La mayoría de las personas están de acuerdo en lo importante que es un entrenador en el aprendizaje de una habilidad nueva o complicada, y continuamente decimos a los clientes que aprender la AC no es diferente. Explicamos que los clientes son expertos en sus vidas y en su experiencia, y el terapeuta de AC es experto en resolver problemas, en fijar objetivos, en analizar tareas, en definir los problemas de forma concreta, y en concebir y evaluar soluciones. El objetivo a largo plazo es enseñar al cliente estas habilidades hasta que adquiera el dominio de las mismas para que en último término pueda ser entrenador de sí mismo. Sin embargo, el proceso de aprendizaje puede avanzar lentamente y por lo general requiere trabajar con atención y de forma conjunta, especialmente al comienzo de la terapia.

En resumen, la validación es una herramienta importante y útil en el proceso de ayudar al cliente a hacer frente a la evitación y a avanzar hacia la activación. La validación ayuda al cliente a sentir cómo el terapeuta «capta» su bloqueo. También ayuda al cliente a comprender por qué puede haber sido tan duro avanzar por sí mismo. Para muchos clientes, la validación tiende a reducir la vergüenza y la ansiedad, lo cual, a su vez, facilita la colaboración y el proceso de recepción de ayuda (Warwar, Links, Greenberg y Bergmans, 2008). La Tabla 6.1 nos proporciona un breve resumen a modo de recordatorio de por qué la validación de la experiencia del cliente es tan importante cuando se produce la evitación.

La resolución de problemas en la AC y la modificación de la evitación

El primer paso para modificar la evitación es definir la conducta problemática en términos conductuales concretos y específicos. Por ejemplo, un problema expresado como «No soy capaz de terminar nada» no está descrito de forma tan concreta como para llegar a una solución razonable. No sería satisfactorio limitarse a decir: «Ponte y termina algunas tareas». Una definición más concreta sería decir: «A primera hora de la mañana de los días laborables, después de preparar a los niños, miro las facturas que están sobre el escritorio y me siento agobiada. El martes pasado, y también el miércoles, me sentí tan disgustada que cerré la puerta de mi despacho, bajé al salón y me puse a ver la televisión. No volví al despacho para terminar las tareas, ya que no podía dejar de pensar en esas facturas que estaban sobre el escritorio. Me senté a ver la televisión hasta que me di cuenta de que los niños iban a llegar del colegio. Cuando no trabajo, no tengo dinero para pagar y continúa el ciclo de no poder pagar esas malditas facturas». El problema indefinido de «no ser capaz de terminar nada» se ha transformado en una exposición que incluye la periodización y la frecuencia del problema (dos mañanas concretas entre semana), la duración (todo el día, los dos días) y la topografía (salir del despacho, ver la televisión, evitar el trabajo). La definición del problema en términos conductuales es el primer paso para solucionarlo.

A menudo, la tabla de actividades es un buen recurso para definir problemas predominantes en la vida del cliente. Cuando se han identificado varios problemas, pueden surgir los patrones. Alicia, por ejemplo, describió que su falta de relaciones sociales era un problema muy importante, pero este nivel de detalle no era suficiente; por eso, Beth ayudó a Alicia a identificar los problemas concretos que debían resolverse para volver a conectar con algunos de sus amigos. En concreto, empezó a verse claro que Alicia no se decidía a conectar con sus amigos por temor a que estos le dieran largas debido a su depresión. Por ejemplo, Terry, una antigua compañera de estudios, estuvo en la ciudad y llamó a Alicia para invitarle a comer. Alicia y

Tabla 6.1. Comprender el poder de la evitación

Puede resultar útil para el terapeuta tener en cuenta los siguientes datos sencillos sobre la evitación a la hora de validar a un cliente que evita, se retira o «escapa» con bastante frecuencia. Estos datos pueden ayudar al terapeuta a encontrar formas de entender a sus clientes y pueden ayudar a minimizar la frustración o la desesperanza del terapeuta.

- Las personas tienden a la evitación cuando los intentos de solucionar problemas o de implicarse en su entorno no son reforzados o son castigados de algún modo.
- Cuando una conducta determinada es reforzada de forma negativa –mediante la evitación o la supresión de algo aversivo (huida)–, aumenta la probabilidad de que las personas continúen manteniendo dicha conducta.
- Cuando estamos deprimidos necesitamos, para activarnos y para ser productivos, aumentar el esfuerzo con el fin de superar el cansancio, la escasa concentración u otros síntomas depresivos. Para la mayoría de las personas, un aumento del esfuerzo cuando están deprimidas es un elemento aversivo; cuando la evitación de este elemento es un reforzador negativo, es más probable que se repita de nuevo.
- El deterioro cognitivo en relación a la resolución de problemas es un fenómeno avalado empíricamente para las personas con depresión. Sencillamente, las personas deprimidas no pueden implicarse con éxito en la tarea de resolución de problemas si no cuentan con ayuda.
- Es difícil afrontar la evitación y activarnos cuando estamos deprimidos. Esto se debe a los rasgos contextuales de la depresión. Los clientes deprimidos actúan de un modo que parece natural y necesitan entrenamiento para afrontar la evitación y activarse, porque la auto-activación puede parecer fingida o poco natural en un estado de depresión.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Beth analizaron los beneficios potenciales de ir a comer, pero Alicia añadió rápidamente: «Me imagino a las dos comiendo esa horrible comida. Terry me preguntará cómo estoy y sé que le diré lo horrible que es todo y me sentiré muy mal. No puedo hablar de esto sin disgustarme y sé que Terry alucinará. Terminará marchándose a casa y diciendo a todo el mundo que mi vida está destrozada». Al trabajar juntas, Beth y Alicia definieron claramente el problema de Alicia

como «Quiero comer con mi amiga, pero no quiero hablar mucho sobre mi depresión». El evitar a los amigos por miedo a ser una carga para ellos apareció varias veces en las tablas de actividad de Alicia y fue un patrón destacado entre sus conductas problemáticas.

Una vez que se define el problema, es posible trabajar en las soluciones. El papel fundamental del terapeuta es ayudar al cliente a concebir y evaluar un abanico de soluciones. Beth trabajó con Alicia, por ejemplo, para poner en común varias soluciones que incluían «solo hablar de temas agradables, ser sincera pero no centrarse solamente en la depresión, encontrarse con una amiga pero no dejarle hacer muchas preguntas, y planear temas para hablar durante la comida». Como ya hemos señalado, el terapeuta tiene también la responsabilidad de ayudar a evaluar las soluciones. Alicia y Beth analizaron los pros y los contras de las posibles soluciones propuestas y decidieron que una combinación de dos de ellas tendría un gran potencial. Alicia expresó la solución con estas palabras: «Prepararé unos temas de conversación para no hablar solo de la depresión; seré sincera durante la comida y no fingiré que todo va bien».

Cuando se ha identificado la solución, el terapeuta trabaja con el cliente para estructurar como tarea doméstica una actividad concreta de activación. Las estrategias analizadas en los capítulos anteriores (la gestión de las contingencias, el aumento de la implicación con los reforzadores naturales, las tareas graduadas y la programación de tareas) pueden ser utilizadas todas ellas como mecanismos para la resolución de problemas. Alicia y Beth se dieron cuenta de que tendrían otra sesión de terapia antes de que llegara su amiga y por eso la tarea de Alicia era contactar con ella para decidir la fecha y luego encontrar los temas de conversación. Los dos momentos programados para cada una de estas tareas en su tabla de actividades se concretarían en la semana siguiente. Con otros clientes también puede resultar útil hacerlo en un ensayo como parte de una sesión. Por ejemplo, la práctica de conductas asertivas como parte de una sesión puede resultar instructiva antes de programar una tarea que se ha de realizar entre las sesiones.

Alicia llegó a la siguiente sesión de terapia con una lista de temas para la comida con Terry. Había identificado a compañeros de estudios sobre los que podría preguntar o que las dos podrían recordar, y escribió una lista de preguntas que podría hacer como, por ejemplo: «¿Cómo se vive en el noroeste? ¿Cómo está tu familia?» y «¿Qué es lo que mejor recuerdas de los años en la universidad?». Cuando Beth y Alicia analizaron los puntos fuertes y las limitaciones de cada una de estas propuestas y preguntas, Alicia se dio cuenta de que estaba preocupada por la posibilidad de sentirse triste al hablar con Terry y «hecha un lío», aunque no hablara de los cambios recientes en su vida. Una vez más, Beth animó a Alicia a considerar todo esto como un problema que había que solucionar. A continuación, las dos elaboraron una lista de formas en que podía responder con habilidad a la tristeza si esta aparecía. Alicia observó que podría ser consciente de si estaba hundiéndose en su silla y frunciendo el ceño, o incorporándose para mantener un contacto visual constante con Terry. En el caso de que Terry le preguntara directamente cómo se encontraba, Alicia ensayó una respuesta en la que no aparecía la palabra «depresión» –que tendía a provocarle tristeza y llanto–, diciendo: «El último año ha sido un agitado viaje emocional». Por último, Alicia decidió que se excusaría por tener que ir al baño si comenzaba a sentirse triste o abrumada.

Una vez elaborado este plan, Alicia fue a comer con su amiga. Estuvo contenta de informar a Beth de que la comida había sido un éxito. En realidad, se rió bastante cuando analizó las tonterías de un antiguo profesor y una broma ridícula que una de sus compañeras de residencia había gastado a una consejera residente. Alicia dijo que había empezado a sentirse triste por un momento al pensar en lo feliz que había sido en el pasado y lo difícil que era la vida para ella en ese momento. Sin embargo, cumplió su plan, cambió su postura para incorporarse y cambió el tema de conversación para hablar sobre acontecimientos recientes de la familia de su amiga. Cuando estuvo segura de que no estaba cayendo en un estado anímico de tristeza, Alicia «se dejó llevar» y ella y su amiga estuvieron hablando durante más de dos horas.

Tabla 6.2. El acrónimo ACTION – Versión del terapeuta

A través de los pasos del acrónimo ACTION, el terapeuta puede recordar al cliente los componentes fundamentales de la AC: evaluar la función de su conducta, identificar cuándo el cliente se implica en la conducta de evitación, recordarle que tiene la oportunidad de elegir el modo de responder a las situaciones, integrar nuevas conductas en las rutinas, observar y aprender a partir de los resultados y perseverar en el proceso de cambio.

A: Assess – Valorar la función de la conducta. En otras palabras, el cliente se pregunta para qué le sirve una conducta. ¿Cuáles son las consecuencias? ¿Actúa la conducta como un elemento depresivo? ¿Es incompatible con objetivos a largo plazo? ¿Actúa la conducta como un elemento antidepresivo? ¿Es compatible con objetivos a largo plazo?

C: Choose – Elegir una acción. El concepto de elección es importante por dos razones. En primer lugar, la AC es un tratamiento de colaboración. Clientes y terapeutas trabajan juntos como compañeros. Los clientes mantienen una opción en las acciones que llevan a cabo. En segundo lugar, muchos clientes con depresión no tienen la sensación de autonomía personal o de control sobre sus propias vidas. El expresar de manera explícita que tienen una elección pone de relieve la habilidad de los clientes para ejercer el control e influir en sus vidas. Los clientes pueden elegir aumentar o reducir conductas concretas.

T: Try – Poner en práctica la conducta elegida. La puesta en práctica del plan es el núcleo de la AC.

I: Integrate – Integrar nuevas conductas en la rutina. Esta es una idea esencial que debemos entender. Después de meses o incluso años de depresión, es posible que un ejemplo de activación no tenga una fuerte influencia. La adopción de una nueva conducta solo una vez no es suficiente para evaluar los resultados. El efecto acumulativo de trabajar «de fuera adentro» y de aumentar la actividad es importante. La repetición de la activación a medida que nuevas conductas son integradas en la rutina puede llevar a la mejora del estado anímico y del contexto vital.

O: Observe – Observar los resultados. Naturalmente, la esperanza está puesta en el hecho de que integrar una conducta antidepresiva en la rutina mejorará la depresión del cliente. No sabemos si este es el caso hasta que el cliente haya programado las actividades y haya decidido implicarse y, a continuación, después de integrar las actividades durante varias pruebas, el cliente y nosotros observamos lo que sucede. La observación de los resultados, el aprendizaje a partir de lo que funcionó y lo que no funcionó, y la utilización de esta información para mejorar planes futuros de acción son partes clave de la AC.

N: Never – No rendirse nunca. En otras palabras, continuar con el proceso. El desarrollo de un nuevo hábito de activación y de implicación requiere esfuerzos constantes. Con el paso del tiempo, esas conductas antidepresivas se convierten en conductas automáticas, incluso en medio de sentimientos totalmente negativos.

Adaptado de MARTELL, ADDIS y JACOBSON (2001, pp. 102-105) en *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2012 by Desclee De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Resumen

Cuando el terapeuta y el cliente trabajan muy unidos, el terapeuta tiene muchas oportunidades para validar la dificultad de abordar y resolver problemas del cliente con depresión. El terapeuta de AC hace esto, en parte, poniendo de relieve la evitación –cómo es y adónde conduce–. El terapeuta explica con frecuencia que la evitación es una parte natural y comprensible de la depresión, pero que rara vez funciona a largo plazo, ya que se suelen desarrollar problemas secundarios. Además, el terapeuta también se erige como un modelo constante en el modo de abordarlo todo mediante una actitud de resolución de problemas. De esta forma, sea cual sea el desafío u obstáculo que presenta el cliente (por ejemplo, no realizar la tarea), el terapeuta intenta dar una respuesta centrándose en la pregunta: «¿Qué podemos aprender de esto?». Esta actitud del propio terapeuta puede servir de validación para el cliente en la medida en que este experimenta una respuesta coherente que no juzga y está caracterizada por la perseverancia y el optimismo.

Además, el terapeuta modela una actitud de resolución de problemas en todas sus respuestas a los desafíos y obstáculos que pueden surgir a lo largo del tratamiento. Una forma de resumir este enfoque de resolución de problemas se pone de manifiesto mediante el acrónimo «ACTION», tal y como aparece en Martell et al. (2001). La Tabla 6.2 explica este acrónimo desde la perspectiva del terapeuta; la versión del cliente aparece en el Apéndice 1h. Los terapeutas de AC pueden enseñar a los clientes a utilizar «ACTION» para así facilitar una resolución efectiva de los problemas. Ya que los problemas primarios con frecuencia son inalterables (por ejemplo, la muerte del cónyuge) o requieren una serie de complicados procesos para ser resueltos (por ejemplo, los múltiples pasos necesarios en la búsqueda de empleo), los problemas secundarios que mantienen el ciclo de la depresión son por lo general los objetivos iniciales del cambio. En concreto, las conductas que funcionan como herramientas de huida y evitación son a menudo las que se abordan al comienzo del tratamiento. Como ya hemos señalado, la diversidad de problemas abordados por la AC abarca un amplio abanico, desde el cliente que se niega a limpiar su casa hasta el que es incapaz en todo momento de asegurar su empleo.

Un problema específico y frecuente que debemos solucionar es el de la rumiación. Los clientes con depresión dedican a menudo mucho tiempo a rumiar sus problemas y dichos patrones rumiativos pueden empeorar la depresión. La rumiación impide que el cliente se implique por entero en su vida y, de este modo, puede servir como evitación. La rumiación puede evitar que el cliente busque activamente soluciones a los problemas o puede permitir que se desentienda de las tareas que son para él poco interesantes o agobiantes. Desgraciadamente, también puede hacer que el cliente se desentienda de las actividades que podrían aportar una recompensa. En la AC, la rumiación es un proceso que se intenta modificar. La Tabla 6.3 ofrece consejos al terapeuta para poder ayudar al cliente en la resolución de problemas y en la evitación. En el siguiente capítulo analizaremos cómo el terapeuta de AC ayuda al cliente a cambiar los patrones de pensamiento que se han convertido en problemáticos.

Tabla 6.3. Consejos para ayudar a los clientes a resolver problemas y a superar la evitación

Cuando se ayuda al cliente a resolver problemas, a menudo es útil tener en cuenta los siguientes puntos:

- ¿Es la resolución tradicional de problemas adecuada en este caso?
- ¿Estás ayudando al cliente con un problema primario como, por ejemplo, la necesidad de un nuevo empleo?
- ¿Estás ayudando al cliente con un problema secundario como, por ejemplo, el alejamiento de los amigos?
- ¿Es la evitación un problema que debemos abordar?
- ¿Está el cliente actuando para evitar algo aversivo –por ejemplo, si se queda en casa con el fin de no tener que realizar un trabajo extra en la oficina?
- ¿Está el cliente intentando evadirse de una experiencia aversiva –por ejemplo, si ve la televisión con el fin de evitar interacciones familiares estresantes?
- ¿Has validado la tendencia natural del cliente a la evitación ayudándole en el desafío de realizar cambios?
- ¿Es apropiado el acrónimo ACTION para este cliente en esta situación?

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

7

Cómo el pensamiento puede ser una conducta problemática

«Pensar es fácil, actuar es difícil, pero lo más difícil de todo es transformar los pensamientos en actos».

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

En la sesión anterior, Alicia se había comprometido a ir a una pequeña fiesta, con cena incluida, a la que Ellen le había invitado. Realizó de forma satisfactoria muchos componentes del plan que ella y Beth habían desarrollado. El día anterior a la cena eligió atentamente la ropa que vestiría, de modo que esto no pudiera servirle de excusa para no ir. También se comprometió verbalmente con Ellen, lo cual serviría para no echarse atrás y ella lo sabía. Cuando llegó el momento, acudió a la fiesta; sin embargo, cuando describió la cena durante la siguiente sesión, manifestó que se sentía aún más triste de lo esperado, ya que había experimentado un ligero revés en su depresión durante la semana.

Cuando Beth preguntó acerca de los detalles de la fiesta, Alicia comenzó a llorar. Reconoció que había hecho progresos por el hecho de asistir a la cena; sin duda era diferente a la evitación que había caracterizado su conducta desde que comenzó la depresión. Sin

embargo, tenía la sensación de que en la fiesta se había dejado llevar por la inercia y consideraba que la conversación no había sido agradable. La comida había sido buena, pero seguía pensando que debería haber disfrutado con las otras personas que estaban allí. A lo largo de toda la noche le invadió el siguiente pensamiento: «Sabía que no podría hacerlo. Soy tan desgraciada que no puedo disfrutar. ¿Por qué estoy siempre tan deprimida? Me gustaban estas personas y solía reír con ellas. Nada funciona. No debería haber venido. Ojalá no me sintiera tan triste».

Cuando Beth le preguntó cómo fue la conversación durante la cena, Alicia no pudo responder, ya que había estado tan sumida en sus pensamientos depresivos que en realidad no había prestado atención a la conversación.

Introducción

Durante décadas, los conductistas han sido acusados de ignorar la actividad de la mente. No hay duda de que el conductismo ha adoptado una fuerte postura antimentalista (por ejemplo, Skinner, 1974); sin embargo, incluso Skinner (1957) intentó justificar la conducta verbal privada. Aunque no consiguió la aprobación de los expertos (Chomsky, 1959), su obra nos deja el importante reconocimiento de que el pensamiento es una conducta privada oculta que sigue los mismos principios que la conducta pública manifiesta (por ejemplo, hablar o contar una historia). Por lo tanto, el pensamiento no es una categoría separada de la conducta que sigue sus propias reglas especiales, sino que más bien es una «conducta privada» que está sujeta a los mismos principios de aprendizaje (como el refuerzo y el castigo) que toda conducta pública.

La AC utiliza esta conceptualización del pensamiento en cuanto «conducta privada» como la estructura que sirve para ayudar a los clientes que se ven atrapados en la telaraña del pensamiento negativo. Tal y como se conceptualiza en la AC, la rumiación conduce a dos problemas concretos que son el objetivo para mejorar la depresión.

En primer lugar, la rumiación desvincula al individuo de su entorno y mantiene el centro de atención en los pensamientos internos más que en la participación en el momento. En segundo lugar, la rumiación impide una resolución efectiva de los problemas. El terapeuta de AC trabaja con el cliente para abordar estos problemas a través de un proceso de valoración meticulosa, seguido de la utilización de estrategias conductuales que incluyen el énfasis en las consecuencias de la rumiación, en la resolución de problemas, en la atención a la experiencia sensorial, en el hecho de centrarse de nuevo en la tarea que se tiene entre manos y en el abandono de los pensamientos rumiativos. Se ha descrito con todo género de detalles la conceptualización de la rumiación realizada por la AC en el campo de la depresión y los procesos de valoración e intervención.

La rumiación y la depresión

Aaron T. Beck realizó un trabajo seminal cuando en la década de 1960 se centró en la importancia del pensamiento negativo entre los clientes con depresión. Beck propuso que el pensamiento negativo no es solo un síntoma sino también quizás una causa de depresión. Aunque se ha puesto en duda la naturaleza causal de los pensamientos negativos (Hayes y Brownstein, 1986), está ampliamente aceptada la idea de que existen modelos de pensamiento característicos de las personas deprimidas. Evidentemente, es importante abordar dichos pensamientos negativos en el tratamiento de la depresión.

La AC aborda el pensamiento negativo o la rumiación de un modo coherente con los principios conductuales. Se puede interpretar que el pensamiento sigue principios similares a los de las conductas públicas manifiestas. Determinados pensamientos y estilos de pensamiento son reforzados, mientras que otros son castigados. Palabras e ideas se emparejan con varias experiencias emocionales y pueden provocar emociones positivas y negativas. Es evidente que las palabras pronunciadas públicamente producen un impacto. Por ejemplo, cuando una persona llama «imbécil» a otra, hay una consecuencia emocional tanto para el que profiere el insulto como para el receptor.

Asimismo, si una persona se llama en silencio a sí misma «imbécil», es probable que experimente un impacto emocional. Este discurso público y privado puede tener también un impacto emocional mucho después del momento en el que se produce. Pertenece a la naturaleza del lenguaje que nuestras palabras, y las historias que nos contamos acerca de nuestras vidas, nos permiten volver a experimentar emociones una y otra vez (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

La AC pone de relieve el proceso mediante el cual el cliente se implica en el pensamiento negativo centrándose en los antecedentes y en las consecuencias de ese pensamiento negativo y en el contexto en el que se produce. Por ejemplo, ¿qué sucedió antes de que el cliente comenzara a pensar de ese modo? ¿Qué sucedió después? ¿Condujo a una resolución efectiva del problema (por ejemplo: definir un problema, concebir soluciones y decidir qué es lo mejor para tratar un problema)? ¿Lleva la rumiación a una sensación de «estar siempre dando vueltas a lo mismo» (por ejemplo, analizar de forma pasiva los problemas una y otra vez sin concebir una solución)? Además, ¿hay determinados entornos en los que sean más probables dichos patrones inútiles de pensamiento? La experiencia de Alicia en la cena es sin duda un ejemplo de pensamiento que no condujo a soluciones productivas, ya que siguió pensando en todo lo que se divertía antes de estar deprimida. En vez de identificar el problema y decidir qué hacer al respecto, su mente revisaba una y otra vez lo mal que se había sentido, por qué ya no podía divertirse y cómo estaba condenada a tener una vida solitaria y poco satisfactoria. Esta es la esencia del proceso de pensamiento denominado «rumiación».

¿Qué es exactamente la rumiación? El término «rumiación» deriva de «rumiante», del verbo latino «*rumigare*» (rumiar, dar vueltas, discurrir repetidamente sobre algo), y se utiliza para describir un pensamiento que consiste en dar vueltas a algo una y otra vez en la mente. Es centrarse de forma repetitiva en la propia experiencia depresiva, incluidas las causas y las consecuencias del sentimiento depresivo (Nolen-Hoeksema, 2000). La rumiación depresiva se centra por lo general en pensar en uno mismo y en el estado en que uno se encuentra, consiste en dar vueltas continuamente a lo mal que uno se siente. Se centra una y otra vez en el estado emocional interior

negativo sin hacer planes, sin aplicar la resolución de problemas o sin dar pasos para hacer cambios y aliviar la angustia (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker y Larsen, 1994). Las rumiaciones depresivas también son estados anímicos dependientes –cuando el individuo se siente abatido, se producen las rumiaciones, que suelen ser negativas.

Susan Nolen-Hoeksema (Nolen-Hoeksema et al., 1993), investigadora destacada de la Universidad de Yale, ha analizado meticulosamente los patrones de los pensamientos rumiativos en los individuos con depresión. Ella y sus colegas han descubierto que las personas que adoptan un estilo de pensamiento rumiativo tienden a estar deprimidas durante más tiempo y suelen experimentar una depresión más grave que las que adoptan un estilo activo de resolución de problemas. Las primeras investigaciones definían la rumiación como un fenómeno unitario; sin embargo, los trabajos posteriores han esclarecido que puede haber dos tipos de procesos rumiativos: la reflexión y el pensamiento melancólico (Treynor, Gonzales y Nolen-Hoeksema, 2003). Los dos implican un giro hacia el interior, pero la reflexión supone una resolución cognitiva de los problemas, mientras que el pensamiento melancólico supone un dar vueltas repetitiva y pasivamente a las diferencias entre el estado actual y el estado óptimo opuesto. Aunque los dos están asociados a una depresión incrementada concurrente con la rumiación, solo el pensamiento melancólico se asocia con el hecho de sentirse peor con el paso del tiempo.

De igual modo, Watkins et al. (2008) han destacado las diferencias entre formas de rumiación adaptativas y no adaptativas. El tipo adaptativo de rumiación se caracteriza por un pensamiento específico, concreto y centrado en el proceso. El segundo tipo, que es poco útil, se caracteriza por un pensamiento evaluativo abstracto y por lo general no conduce a una aproximación al problema centrada en la solución del mismo. Aunque la rumiación adaptativa puede ser relativamente frecuente para todas las personas cuando un problema difícil requiere una evaluación mental repetitiva antes de llegar a una solución razonable, la rumiación depresiva solo da como resultado un aumento de la disforia.

El proceso de la rumiación mantiene al cliente bloqueado en estados negativos y de forma casi invariable da como resultado la desconexión del entorno. Esta valoración es coherente con la formulación de Lewinsohn (2001), que propuso que la depresión hace que el individuo se centre repetitivamente en sí mismo, pero esto no conduce a la resolución de problemas. Los clientes pueden verse atrapados en una rutina mental pensando, por ejemplo: «Hoy me siento deprimido. ¿Por qué me sigue sucediendo esto? ¿Lo superaré? Es demasiado difícil». Estos pensamientos rara vez tienen un punto final, no conducen a una resolución efectiva de los problemas y se repiten una y otra vez. La consecuencia es un proceso de auto-perpetuación que mantiene al individuo bloqueado en sus pensamientos, con menos probabilidades de encontrar una solución positiva y activa, y con más probabilidades de desvincularse de otras actividades. Este interés constante por los estados emocionales internos puede reducir el placer que pudiera derivarse de las actividades y puede perpetuar la depresión impidiendo la consecución de los objetivos.

Estos patrones de pensamiento eran muy conocidos para Kenneth, que buscó un terapeuta después de estar deprimido durante muchos meses. Al igual que en el caso de Alicia, la depresión de Kenneth comenzó tras la pérdida de un importante trabajo y los consiguientes meses de desempleo. Siempre se había considerado un «superviviente» y se sorprendió cuando el psiquiatra le diagnosticó un trastorno depresivo grave. Encontró un empleo de pintor que le daba poco dinero, pero que servía para mantener a la familia. Sin embargo, perdió el interés por la mayoría de las actividades que antes le gustaban, como montar en bicicleta con sus hijas, o ser el encargado del mantenimiento y de pequeñas reparaciones en la casa, y ya no pudo permitirse actividades como ir a ver partidos de baloncesto. Se sentía siempre cansado. Cuando volvía a casa del trabajo, pasaba muy poco tiempo con su familia y se limitaba a comer deprisa. Después pasaba las noches viendo la televisión. Había engordado veinte kilos en un año y se consideraba «un vago».

Cuando Kenneth comenzó la terapia, él y su terapeuta desarrollaron unas tareas de activación para aumentar las experiencias de pla-

cer y de dominio. Acababa las sesiones armado de planes de activación, pero vio que cada actividad que abordaba le hacía pensar en lo cansado que se sentía y en que nada parecía ayudarle. Por las mañanas pensaba en lo deprimido que se sentía. Mientras trabajaba, pensaba que se había visto obligado a aceptar un trabajo muy simple porque estaba deprimido y ya no sería capaz de trabajar en un puesto que supusiera un desafío mayor. Cuando estaba en casa, recordaba cómo disfrutaba cuando estaba con su esposa y con sus dos hijas adolescentes. Tenía la sensación de que ni siquiera cuidaba de su familia. Su hija mayor iba a comenzar su último curso de enseñanza secundaria y Kenneth pensaba en cuánto iba a echar de menos ese último año de su hija antes de que esta fuera a la universidad. Pensaba en cómo la depresión le había robado su vida.

¿Qué debería hacer el terapeuta de AC con un cliente que se esfuerza tanto como Kenneth? En la AC se utilizan dos importantes enfoques sobre la rumiación. En términos generales, el énfasis en trabajar con pensamientos rumiativos se sitúa en el proceso –como hemos señalado anteriormente–, no en el contenido de tales pensamientos. Los terapeutas de AC no examinan la validez de los pensamientos rumiativos y no piden al cliente que evalúe la exactitud de sus opiniones (como sucede en otros enfoques frecuentes como, por ejemplo, la terapia cognitiva; Beck et al., 1979). En cambio, los terapeutas de AC fijan como objetivo el proceso del pensamiento rumiativo observando el contexto en el que tienen lugar esos pensamientos, así como los antecedentes y las consecuencias de la rumiación. En concreto, los terapeutas de AC se centran en las formas en que las situaciones pueden provocar la rumiación y qué otras oportunidades pueden haberse descartado al adoptar un pensamiento rumiativo. Además, este tipo de pensamiento puede hacer que el cliente se centre en sí mismo, que se desentienda de la vida y que quede atrapado en bucles mentales que no conducen de manera lógica a un punto final. Si ayudamos a los clientes a ser conscientes de esas consecuencias, podemos alentar su participación en conductas alternativas. El terapeuta de AC trabaja con el pensamiento rumiativo valorando cuidadosamente la rumiación y fijándola como objetivo con varias estrategias conductuales.

Valoración de la rumiación

La valoración es el primer paso cuando se trabaja con un cliente con pensamiento rumiativo. En concreto, el terapeuta de AC valora la conducta rumiativa cuando el cliente manifiesta que está implicado en actividades, pero que estas no le reportan ningún tipo de disfrute. En muchos casos, puede parecer que los clientes que son muy activos hacen exactamente lo que deberían hacer en términos de una activación conductual manifiesta, pero lo cierto es que no están totalmente implicados en las actividades porque sus mentes están en otra parte. Es importante valorar las diferencias entre la conducta pública y la conducta privada porque, aun cuando algunos clientes parecen estar activamente implicados, tal vez permanezcan desconectados de la actividad porque en realidad están implicados en la conducta privada de la rumiación. Por ejemplo, el lanzamiento de una pelota a un perro en el parque es una conducta pública parecida a una activación con un alto valor potencial de recompensa. Sin embargo, cuando un cliente afirma que no ha disfrutado de una actividad, es importante valorar las conductas públicas y privadas para obtener una imagen más completa de la experiencia del cliente. ¿Estaba lanzando la pelota (por ejemplo) mientras pensaba que se sentía abatida, que nunca se sentiría mejor y que ese día en el parque había sido mucho peor que los días en que no estaba deprimida? Lanzar la pelota y mantener un pensamiento rumiativo es una actividad muy diferente a lanzar la pelota, ocuparse del perro y prestar atención a los detalles del parque. Esto podría explicar la sensación de «dejarse llevar por la inercia» descrita por muchos clientes con depresión. De hecho, las conductas motrices están presentes –dejarse llevar por la inercia–, pero el cerebro está ocupado en una actividad diferente, desviando la atención de la experiencia deseada. Para comprender cómo establecer la rumiación como objetivo de forma efectiva, los terapeutas de AC deben analizar primero con los clientes las contingencias que mantienen la rumiación. Entonces, dicha valoración puede servir de guía para la intervención. Aquí tenemos un ejemplo:

BETH: Alicia, me gustaría conocer del modo más detallado posible la situación de ayer cuando estuviste ensimismada en tus pensamientos sobre el trabajo. ¿Puedes decirme qué sucedió cuando comenzaste a pensar que tu forma de actuar no estaba a la altura?

ALICIA: Estaba con mi ordenador respondiendo mensajes.

BETH: ¿Dejaste de responder mensajes cuando comenzaste a tener pensamientos rumiativos?

ALICIA: Me quedé dormida. Me llevó casi una hora realizar una tarea que podría haberme llevado diez minutos.

BETH: ¿Tuviste pensamientos rumiativos antes de comenzar a responder mensajes?

ALICIA: Sí. En realidad comencé a trabajar con los mensajes porque pensé que eso podría ayudarme.

BETH: Fue un buen intento para activarte, pero parece que ayer no funcionó. ¿Qué estabas haciendo antes de responder mensajes?

ALICIA: Estaba viendo la televisión... un estúpido programa matinal de entrevistas.

BETH: ¿Te enganchaste al programa?

ALICIA: Al principio, pensé que estaría bien, ya que iban a entrevistar a personas que trabajan desde casa y pensé que sería importante para mí.

BETH: ¿Querías verlo para distraerte de tu pensamiento rumiativo?

ALICIA: No, yo estaba bien antes de ver la televisión.

BETH: ¿Qué sucedió durante el programa?

ALICIA: Antes de la entrevista sobre el trabajo desde casa, hubo otra entrevista a un adolescente que era una especie de genio de los ordenadores y que ya se había graduado a la edad de 17 años. Esto fue lo que me impactó. Comencé a pensar en la suerte que tenía ese muchacho por ser tan inteligente y por haber disfrutado de esa oportunidad a los 17 años en vez de haber tenido que ir a vivir con una familia nueva. Pensé que ese muchacho estaba totalmente entregado a su trabajo y supongo que pensé que yo era muy perezosa. Es esto lo que me puso triste otra vez.

BETH: ¿Seguiste viendo la entrevista sobre el trabajo desde casa?

ALICIA: Sí, pero en realidad no lo recuerdo. En ese momento estaba pasándolo fatal.

BETH: Entonces, tu pensamiento rumiativo empezó cuando estabas viendo el programa de entrevistas, ¿verdad?

ALICIA: Sí.

BETH: En ese momento, ver el programa te pareció una buena idea, pero en realidad fue bastante doloroso. ¿Piensas que es duro saber lo que a veces te podría resultar útil y lo que no?

ALICIA: Bueno, supongo que ver programas de entrevistas es probablemente una mala idea. A mí siempre me disgustan por la desgracia de los demás o por la mía propia.

BETH: Ahora ya lo sabes y también sabes que posiblemente el ver programas de entrevistas es una mala idea. Entonces, ¿piensas que habría sido más fácil haber trabajado en los mensajes si no hubieras visto antes ese programa?

ALICIA: Es posible.

BETH: De acuerdo, en realidad no lo sabemos con seguridad. Me pregunto si esto te podría ayudar a seguir trabajando en la programación de actividades como la de responder mensajes, por ejemplo, de modo que no la realices cuando estés especialmente abatida y cuando estés dando muchas vueltas a tus pensamientos. ¿Qué te parece?

ALICIA: Probablemente es una buena idea.

Aquí Beth ha seguido la cadena de acontecimientos hacia atrás para determinar cuándo comenzó la rumiación, que estaba conectada a un contexto concreto: ver un programa de entrevistas. Fue una estrategia lógica el hecho de analizar una alternativa a la actividad de ver la televisión durante el día en un intento de evitar que Alicia estuviera otra vez en la misma situación vulnerable. Además, dado que Alicia tenía un pensamiento rumiativo en otros contextos, la terapeuta analizó otras formas con las que ella podía responder a la rumiación, incluidas algunas de las estrategias que analizaremos en los apartados siguientes.

A menudo, las consecuencias que mantienen la rumiación pueden ser tan importantes como los antecedentes que la provocan. Kenneth, que no dejaba de dar vueltas a la depresión que le estaba robando la vida, afirmó que por un momento sintió que estaba afrontando sus

problemas al pensar cómo su vida se había echado a perder. En este caso estaba claro que su rumiación fue un intento de descubrir soluciones para sus problemas. El enseñar a Kenneth de forma concreta a identificar un problema y a poner soluciones en común, le ayudó a reducir el tiempo que dedicaba a los pensamientos rumiativos.

Hay clientes a quienes la rumiación puede servirles para reducir la experiencia de tristeza. La hermana de María había muerto dos años antes de que esta comenzara la terapia. Pasó mucho tiempo dándole vueltas a las razones por las que su hermana había muerto tan joven, a las consecuencias negativas de la muerte para los hijos de su hermana y al vacío de su propia vida sin su hermana. El psicólogo Tom Borkovec (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004) sugiere que los clientes con problemas de ansiedad pueden preocuparse en parte porque el proceso lingüístico de la preocupación (fundamentalmente, el hablarse a uno mismo) disminuye el procesamiento emocional. Marsha Linehan (1983) aclaró los efectos negativos del «duelo inhibido» y esto podría estar presente también en algunos pacientes que suelen manifestar rumiación. Estas conceptualizaciones sugieren que la rumiación puede a veces implicar a los clientes en un nivel cognitivo y, al mismo tiempo, evitar la experiencia emocional de la tristeza. Aunque estas teorías están a la espera de un futuro estudio con clientes depresivos, nuestra experiencia clínica sugiere que algunos clientes como María tienden a rumiar en parte porque esto disminuye el fuerte dolor del duelo. Durante la terapia, el terapeuta de AC de María trabajó con ella para identificar actividades que le permitieran afrontar la experiencia emocional de la tristeza, entre ellas el ver fotografías de su hermana, hablar sobre su muerte, visitar a sus sobrinos y sobrinas, e implicarse en actividades que antes había realizado con su hermana. A medida que se activaba con estos métodos, su tristeza aumentó temporalmente, a la vez que disminuían su rumiación y otros síntomas depresivos.

En muchos casos, tal vez no esté clara la función de la rumiación. Para algunos clientes, la rumiación puede continuar, ya que el hecho de hablar sobre la tristeza, la soledad u otros estados emocionales negativos fue reforzado en cierto momento y se ha convertido en una práctica habitual incluso cuando no produce alivio con respecto al

entorno actual (Ferster, 1974). La rumiación también puede continuar porque hay una ausencia de otras conductas en las que el individuo se implica. Algunos clientes pueden ser vulnerables a las respuestas rumiativas como estilo cognitivo básico.

En todos estos casos, sin embargo, parte de la tarea del terapeuta de AC es ayudar al cliente a identificar cuándo le sirve la conducta rumiativa y cuándo no le sirve. Como un instrumento heurístico a la hora de enseñar a los clientes a determinar si la rumiación es útil o no, Addis y Martell (2004) sugirieron el uso de la «norma de los dos minutos»: sugieren que los clientes, cuando piensan en un tema, se pregunten después de dos minutos «si han hecho progresos encaminados hacia la resolución del problema» o «si han comprendido algo sobre el problema» que antes no entendían. Además, se han de preguntar a sí mismos «si son menos autocríticos o si están menos deprimidos después de pensar en las cosas» (pág. 97). Si la respuesta a una de estas preguntas no es un «sí», quiere decir que el «pensamiento» es «rumiativo», y en este caso recomiendan una técnica alternativa para interrumpir este patrón.

Objetivo: la rumiación depresiva en la AC – ¡No lo digas, hazlo!

El Principio 9 de la AC: «No lo digas, ¡hazlo!» guía todos los aspectos de la conducta del terapeuta. Es importante asegurarse de que las sesiones mantienen el interés por la activación limitando la conversación periférica y continuando con la valoración de las tareas, la detección de problemas, el establecimiento de objetivos y el desarrollo de nuevos planes de activación. Está claro que dedicar un tiempo a una conversación ordinaria es importante para ayudar al cliente a sentirse conectado con el terapeuta y a entrar en temas más delicados. Sin embargo, cuando los terapeutas se implican en una conversación demasiado pasiva, la terapia puede descarrilar. Esto es tal vez especialmente cierto cuando se trabaja con clientes altamente rumiativos. Si los terapeutas se sumergen simplemente en una conversación sobre el contenido de las rumiaciones del cliente, sin pasar a la acción, en realidad se están arriesgando a perpetuar dichas conductas rumia-

tivas. Muchos clientes con depresión quieren hablar con sus terapeutas sobre su angustia, pero si solo se habla sobre los problemas, esto puede ser una forma de implicarse públicamente en la misma rumiación pasiva en la que se implican los clientes en privado. Es probable que estas interacciones no nos lleven a las soluciones.

Dentro del contexto de la activación, hay cinco estrategias en la AC que son utilizadas para fijar la rumiación depresiva como objetivo. Son las siguientes: (1) destacar las consecuencias de la rumiación, (2) resolver problemas, (3) prestar mucha atención a la experiencia sensorial, (4) volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos, (5) desviar la atención de los pensamientos rumiativos. Los terapeutas pueden confiar en el conocimiento que tienen sobre un cliente concreto y en su análisis funcional de la rumiación del cliente a la hora de elegir una de estas intervenciones concretas. Explicaremos de forma detallada cada una de estas estrategias.

Destacar las consecuencias de la rumiación

La conceptualización de la AC es una herramienta útil a la hora de destacar las consecuencias de la rumiación. Los terapeutas pueden demostrar a los clientes que la rumiación es una conducta problemática secundaria que puede hacer que los síntomas depresivos empeoren y puede conducir a problemas mayores en su entorno. Por ejemplo, cuando un cliente tiene un pensamiento rumiativo porque alguien ha rechazado su invitación para tomar café, en vez de sugerirle otro momento a esa persona o de invitar a otra a tomar un café, el estado anímico del cliente puede empeorar y el aislamiento social puede aumentar. Este era el caso de Charlie, en el que él y su terapeuta, Tom, analizaron las consecuencias de la rumiación del cliente.

TOM: ¿Qué sucedió cuando invitaste a Melissa a tomar un café contigo el pasado jueves?

CHARLIE: Rechazó mi invitación. Me imaginé que lo haría. No me lo podía creer. He estado dándole vueltas al tema toda la semana.

TOM: Háblame sobre eso, sobre lo de darle vueltas al tema toda la semana.

CHARLIE: Bueno, no puedo quitármelo de la cabeza. Era solo un café.

No le estaba pidiendo una cita ni que se casara conmigo... lo único que yo quería era tener una conversación amistosa, como tú y yo habíamos analizado en la terapia.

TOM: Entonces, ¿este pensamiento ha estado bailando en tu cabeza una y otra vez?

CHARLIE: Sí, toda la semana.

TOM: ¿Cuál ha sido el resultado de tenerlo constantemente en tu cabeza o de darle vueltas rumiándolo una y otra vez?

CHARLIE: Sin duda alguna, me he sentido peor.

TOM: Yo estaba pensando lo mismo, Charlie. ¿Te impidió la rumiación hacer lo que habías planeado?

CHARLIE: Bueno, tú y yo habíamos hablado de tener un «Plan B» en el caso de que Melissa no estuviera disponible, y no llegué a ponerlo en práctica.

TOM: Porque estabas rumiándolo ¿verdad?

CHARLIE: Al principio no le propuse otro día para tomar café porque me dolió que no pudiera venir conmigo, pero luego, cuando seguí pensando en ello, dejé incluso de decirle «hola» cuando pasaba junto a su mesa de trabajo. No invité a nadie más durante el fin de semana; me quedé en casa, me sentía abatido pensando que nunca tendría amigos, especialmente amigas.

TOM: Da la impresión de que ha sido una semana muy difícil, pero al mismo tiempo parece que hay mucho que podemos aprender de ella. Parece muy claro que tus pensamientos reiterativos te llevaron a sentirte peor.

CHARLIE: Sin lugar a dudas.

TOM: Es interesante. Cuando estabas dándole vueltas al tema, estabas más dispuesto a apartarte de las personas que te rodean y a aislarte, y terminaste sintiéndote peor.

CHARLIE: Sí, es cierto. Yo también pienso que es así como sucede.

En esta situación, Tom destacó las consecuencias negativas de la rumiación ayudando a Charlie a identificar las formas concretas en que la rumiación estaba conectada con su estado anímico y con su contexto vital. En otras ocasiones, los terapeutas pueden optar por enfatizar las consecuencias de la no rumiación, destacando cómo la

acción (en oposición a la rumiación) puede conducirnos a una mejor resolución de problemas, a una más fiable consecución de los objetivos y a un mejor estado anímico.

El énfasis en las consecuencias puede servir de función motivadora cuando se anima a los clientes a adoptar conductas alternativas a la rumiación; también enseña a los clientes una estrategia que deben utilizar cuando se produce la rumiación. Como ya hemos señalado anteriormente, es importante implicar al cliente en el proceso de valoración de la conducta rumiativa; y para ayudarle a destacar las consecuencias de su propia conducta rumiativa, podemos animarle a hacerse esta pregunta: «¿Me resulta útil ahora esta forma de pensamiento?». Casi siempre los clientes llegan a reconocer que las consecuencias de la rumiación no son adaptativas. Para algunos clientes, el conocimiento de las propias consecuencias aversivas puede moldear la conducta, con un aumento de la activación. Otros clientes desarrollan el conocimiento de las consecuencias negativas de la rumiación; sin embargo, se sienten bloqueados en un bucle mental interminable. Para esos clientes, será importante el objetivo adicional de las respuestas activas concretas.

Resolver problemas

En el capítulo 6 hemos analizado las estrategias de la resolución de problemas. La resolución de problemas es el opuesto natural del pensamiento rumiativo. A menudo, el papel del terapeuta de AC es ayudar al cliente a definir el problema que es el centro de interés del pensamiento rumiativo y a perfilar los pasos hacia una resolución activa de los problemas. De forma conjunta, el terapeuta y el cliente identifican lo que el cliente está rumiando y definen el problema concreto que ha de resolverse. A continuación conciben y evalúan algunas posibles soluciones y establecen los pasos concretos para ayudar al cliente a experimentar con el cambio. Como ya hemos señalado, el terapeuta de AC y los clientes trabajan para dar solución a un amplio abanico de problemas, que abarca desde los desafiantes problemas interpersonales hasta los problemas prácticos del empleo. De este modo, la resolución de problemas contextuales puede proporcionar

una respuesta hábil a la rumiación mediante la eliminación de los detonantes de dicha rumiación. A veces, una valoración exhaustiva del problema puede indicar que no disponemos de ninguna solución y que la mejor estrategia puede ser practicar la tolerancia ante un contexto difícil. Por ejemplo, si una persona le está dando vueltas a los resultados de una prueba médica que se supone que deben llegar muy pronto, pero de los cuales se tiene poco control, el terapeuta de AC puede concebir soluciones para actividades relajantes o que supongan un reto con el fin de reducir el interés rumiativo por los pensamientos inquietantes. En todos estos métodos, una de las herramientas principales del terapeuta de AC es la resolución de problemas; cuando un cliente presenta pensamientos rumiativos, como primer paso suele ser útil identificar el problema y explorar qué soluciones podrían ser las indicadas.

Prestar mucha atención a la experiencia sensorial

Muchos de los modelos contemporáneos de psicoterapia se han centrado cada vez más en la aplicación clínica de prácticas de atención concentrada (por ejemplo, Hayes et al., 1999; Linehan, 1993; Segal, Williams y Teasdale, 2001). La «atención concentrada» ha sido definida como «prestar atención, en el momento presente, de manera intencional y sin realizar juicios» (Kabat-Zinn, 1994, pág. 4). Mientras que la rumiación retira a la persona del momento presente, el objetivo de la atención plena es la implicación en el presente. Se ha utilizado la atención concentrada con personas con historiales de depresión con el fin de evitar otra depresión futura y, en este contexto, con frecuencia se enseña a través de un abanico de prácticas formales e informales de meditación (Segal et al., 2001).

En la AC, no enseñamos meditación; sin embargo, la práctica de la implicación en la experiencia directa del momento presente es un elemento fundamental a la hora de establecer la rumiación como objetivo. Nos referimos a esta práctica como ejercicios de «atención a la experiencia» (Martell et al., 2001). Se pide a los clientes que dirijan la atención hacia el exterior y a lo que están experimentando internamente, en vez de mantener un interés automático solo en lo que suce-

de en su cabeza. En otras palabras, se invita al cliente a percibir lo que ve, lo que oye, lo que huele y otras sensaciones que está teniendo en ese momento. La atención a la experiencia implica volver a dirigir la conciencia del individuo hacia los elementos del contexto en cada momento. El objetivo de la atención del individuo puede incluir la propia experiencia sensorial o lo que está haciendo en el contexto.

Para algunos clientes con rumiación grave que son tratados con la AC, la integración de las estrategias formales de atención concentrada puede mejorar potencialmente la eficacia del tratamiento. Por esta razón, se anima a los terapeutas a familiarizarse con los enfoques de la depresión basados en la atención concentrada (Segal et al., 2001; Williams, Teasdale, Segal y Kabat-Zinn, 2007). Los terapeutas pueden ofrecer a los clientes información sobre obras que tratan el tema de la atención plena, las prácticas de meditación o clases de yoga. Algunos clientes podrían descubrir que estas obras son útiles para aprender a volver a implicarse con el presente en vez de seguir rumiando sobre el pasado o el futuro.

Kenneth, a quien ya conocemos, practicó la técnica de prestar atención a lo que veía, a los sonidos y los olores que había alrededor de su casa durante la hora de la cena, en vez de rumiar mientras estaba a la mesa con su familia. Su terapeuta, Miguel, le ayudó a practicar la observación de varias experiencias «momento a momento». ¿Estaba la habitación en silencio? ¿Entraban en la casa los sonidos del exterior, como los ruidos del tráfico, el canto de los pájaros o el sonido del viento y de la lluvia? ¿A qué olía la comida que había en la mesa? ¿Cuál era la cualidad del primer sabor de cada bocado de comida que Kenneth tomaba? A medida que desarrollaba la habilidad de dirigir su atención, mediante la práctica, a la mesa, empezó a añadir la tarea nocturna de dar paseos por su barrio, en los que de forma concreta tomaba nota de los jardines de sus vecinos, del color de las flores, etcétera. Estas tareas le ayudaron a mejorar la implicación con su familia y a hacer ejercicio físico, en vez de ver la televisión él solo. La instrucción clave para prestar atención a las experiencias le aportó una alternativa al «dejarse llevar por la inercia» de dichas actividades mientras se encontraba atrapado en su bucle mental recursivo.

El prestar atención a la experiencia y las tareas de resolución de problemas pueden ser actividades muy efectivas pero, al igual que todos los planes de activación (como muchas personas descubren), son difíciles de poner en práctica. Cuando un cliente se marcha con una «tarea entre sesión y sesión» para practicar la «atención a la experiencia», es esencial tener en cuenta los componentes de los planes de acción efectivos. Ya hemos hablado de cómo empezar por lo pequeño. Este principio fue central en la mente del terapeuta de Kenneth cuando le presentó un ejercicio de atención a la experiencia.

MIGUEL: Kenneth, hemos hablado bastante de que te sientes atrapado en esos bucles mentales. ¿Estás de acuerdo?

KENNETH: Sí, y es un lugar terrible. No lo puedo evitar... me siento muy desgraciado.

MIGUEL: Lo entiendo. ¿Estás dispuesto a intentar algo diferente la próxima semana?

KENNETH: Por supuesto, pero sabes que pienso que no me beneficiaré mucho.

MIGUEL: También lo entiendo. Me pregunto si estarías dispuesto a darle el beneficio de la duda.

KENNETH: Sí.

MIGUEL: Me gustaría sugerirte que practiques un breve ejercicio que llamamos «atención a la experiencia». La idea es dar a tu mente una alternativa para ese desafortunado bucle mental en el que entra tu cerebro. Si podemos entrenar a tu cerebro para que se vuelva a centrar en el aquí y ahora en lugar de centrarse en su «bucle» habitual, tendrás más posibilidades para disfrutar más de lo que tienes delante y te concentrarás mejor en las cosas que necesitas, como el trabajo. ¿Estás dispuesto a intentarlo?

KENNETH: Supongo que sí, aunque en realidad no estoy seguro de lo que quieres decir.

MIGUEL: Buena pregunta. Permíteme ponerte un ejemplo. Podrías empezar a practicar ahora centrando tu atención en los distintos colores que hay en la habitación. Mira los colores que hay a tu alrededor y las texturas de la alfombra y de los cuadros. Podemos practicarlo juntos durante uno o dos minutos.

KENNETH: ¿Quieres que mire los colores durante un minuto?

MIGUEL: Sí, sé que puede parecer un poco extraño y, como sucede con todas las actividades nuevas, hace falta un cierto tiempo para aprenderla. Es probable que tu mente se incline hacia los patrones habituales, y eso es comprensible... –forma parte del proceso de aprendizaje–. Cuando esto suceda, vuelve a observar los colores centrándote en lo que hay a tu alrededor. Si tienes algún pensamiento acerca de lo difícil que es esto, también es comprensible –en realidad, estamos empezando–. Cuando esto suceda, presta atención de nuevo a los colores de la habitación.

KENNETH: De acuerdo, lo intentaré.

(El ejercicio dura sesenta segundos).

MIGUEL: ¿Qué has observado?

KENNETH: Bueno, he observado que hay pequeños círculos verdes en la alfombra que no había visto antes, y me gusta ese cuadro colgado en la pared. He empezado a preguntarme quién lo habrá pintado, pero no estoy seguro de que esto sea lo que me has indicado que hiciera.

MIGUEL: Sí, como te he dicho, es de esperar que pronto dejes de prestar atención a lo que te rodea de muchas formas diferentes. Tu mente volverá a sus hábitos de pensamiento y probablemente pronto recuperará ese poderoso hábito del bucle, poco después de comenzar el ejercicio. Es comprensible, ya que tu tarea es simplemente observar que tu cerebro ha vuelto a adoptar su antiguo hábito conocido. Cuando hayas observado esto, presta de nuevo atención a lo que hay en el entorno inmediato de tu casa.

KENNETH: ¡Bueno, probablemente tendré que volver a centrarme muchas veces!

MIGUEL: ¡Está bien, lo harás! Sin embargo, lo sorprendente es que en realidad es una buena práctica, porque lo que pretende es que realices una buena actividad observando cuándo te distraes, y practicarás bastante la forma de volver a prestar atención. Con práctica constante, adquirirás más habilidad a la hora de volver a dirigir tu atención adonde quieras, y no adonde tu mente normalmente te lleva.

KENNETH: Hmm. Supongo que tiene sentido.

MIGUEL: ¿Cuántas veces quieres practicarlo la próxima semana?

KENNETH: Si solo voy a hacerlo durante unos pocos minutos, no lo sé... ¿Tal vez tres veces?

MIGUEL: De acuerdo. Me parece perfecto. Durante la semana, ¿cuándo lo harás? Anotemos todo esto para que puedas comenzar la actividad según tu programa de actividades.

Miguel ha tenido en cuenta el principio de que el cambio es más sencillo si se comienza por lo pequeño. En vez de pedir a Kenneth que preste atención a la experiencia durante toda una tarde, la tarea durará solo unos minutos. Además, tendrá lugar en casa, ya que este será un lugar más sencillo para comenzar, dado que Kenneth está bastante descontento en el trabajo, pues es un lugar donde le resulta bastante difícil concentrarse. Miguel trata también las dudas de Kenneth de un modo neutro y le explica cómo la estrategia puede resultarle útil. Para algunos clientes, el hecho de pedirles que presten atención a la experiencia es algo muy diferente del modo en que ellos enfocan la vida. De hecho, puede parecer un poco raro. Asimismo, Miguel pronostica que Kenneth podría distraerse y comenzar el pensamiento rumiativo, sugiere una solución y describe cómo Kenneth mejorará con la práctica. Igualmente, Miguel pudo pedir a Kenneth que anotara sus observaciones con el fin de recordar mejor; y pudo hacerle públicamente responsable de esta actividad ante el terapeuta, ya que le pidió que aportara a la próxima sesión lo que escribiera para dialogar sobre ello. Miguel pidió también a Kenneth que lo incluyera en su programa de actividades, lo cual aumenta la probabilidad de que Kenneth continúe con la tarea.

Volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos

Esta estrategia es muy similar a la de prestar atención a la experiencia, ya que requiere que el cliente reconozca cuándo está desconectado de una tarea concreta. La diferencia entre esta estrategia y la de atención a la experiencia es que el centro de interés no necesita estar en las experiencias sensoriales «momento a momento», sino más bien en los pasos concretos de la tarea. Cada vez que el cliente reconoce que está rumiando acerca de algo diferente a la tarea que tiene entre manos, centra de nuevo su atención tranquilamente en

algún elemento de la tarea. Esto suele resultar más fácil con una tarea que sea más complicada o que tenga una serie de pasos.

Elizabeth, por ejemplo, trabajó como especialista en hipotecas. Aunque en su vida personal se encontraba totalmente aislada, el trabajo le proporcionaba un lugar de consuelo. Sin embargo, cuando su depresión empeoró, esta comenzó a influir en su trabajo. Se quejaba ante su terapeuta de que era mucho menos productiva y le preocupaba la posibilidad de perder «la única cosa que realmente le importaba» en su vida: el trabajo. Ante todo, Elizabeth describió su dificultad para centrar la atención. Se sentía tan mal que le resultaba difícil levantarse por la mañana y llegar a tiempo al trabajo. Una vez allí, pensaba en lo deprimida que estaba, por que ni siquiera disfrutaba de su trabajo. También le preocupaba no ser la número uno que había sido en otro tiempo y que su situación en la empresa corriera peligro.

Ella y su terapeuta decidieron que el establecimiento como objetivo de estas tendencias rumiativas era la clave para superar la depresión. Elizabeth comenzó por lo pequeño y programó bloques temporales de diez minutos cuatro veces cada día laborable para volver a centrar sus pensamientos en la tarea que tenía entre manos. Mientras revisaba los datos económicos, desvió la atención de su estado interno para dirigirla a los cálculos concretos que estaba realizando. Aunque se dio cuenta de que se distraía reiteradamente con pensamientos rumiativos, manifestó a su terapeuta que se sentía diferente —«quizás ligeramente mejor»— cuando se centraba expresamente en una tarea. La planificación de los diez minutos cuatro veces al día le permitió practicar una gran variedad de tareas. Cuando estaba al teléfono, escuchaba atentamente cada palabra del cliente y se esforzaba por identificar la esencia del problema que estaban analizando. De vez en cuando pedía al cliente alguna aclaración si ella había dejado de prestar atención momentáneamente durante la conversación, pero en general manifestaba que por lo menos no había pensado en lo desgraciada que se sentía.

La propia actividad es un factor importante que debemos considerar a la hora de guiar al cliente para que vuelva a centrarse en la tarea que tiene entre manos cuando hace frente al pensamiento rumiativo. A los clientes tal vez les resulte más sencillo el hecho de implicarse en

actividades con un alto valor de recompensa. Por ejemplo, es difícil que se produzca la rumiación cuando nos movemos con patines o cuando descendemos una montaña nevada. La preparación de una pequeña fiesta para que los hijos de los amigos elaboren galletas puede ser también una actividad que engancha de forma natural. A menudo es más fácil implicarse por completo en el momento presente cuando las tareas requieren bastante atención, como cuidar de los niños o entretenerlos con juegos físicos que exigen concentración.

Addis y Martell (2004) sugieren también un acrónimo que los clientes pueden utilizar como herramienta para recordar que deben implicarse en la actividad que tienen entre manos en vez de mantener la rumiación. El acrónimo RCA –idéntico al que General Electric, el antiguo fabricante de equipos electrónicos, tomó como propio a mediados de la década de 1980– significa «la Rumiación Cede el paso a la Acción». De esta forma, cuando el cliente se encuentra en un estado de rumiación, puede recordar el acrónimo «RCA» con el fin de intentar implicarse en otra actividad que aumentará la probabilidad de no permanecer obsesionado con pensamientos negativos.

Desviar la atención de los pensamientos rumiativos

Si volvemos a centrar la atención en la experiencia sensorial y en las tareas que tenemos entre manos, podremos desvincular nuestro proceso mental de los procesos rumiativos internos. La distracción puede servir también a un propósito útil: fijar la rumiación como objetivo. La diferencia entre las estrategias analizadas anteriormente y la distracción es que, mientras que el prestar atención a la experiencia sensorial nos permite centrarnos en aspectos físicos concretos de su situación, la distracción aporta algo nuevo al entorno para desconectarnos del proceso de rumiación. Por ejemplo, si estamos dándole vueltas a algo mientras conducimos un coche, una mayor atención a la experiencia implicaría la observación de cosas como, por ejemplo, la sensación que el cojín del asiento produce en nuestra espalda, las manos sobre el volante, la presión del pie derecho sobre el acelerador o el freno, los baches de la carretera, el sonido del motor o los colores del entorno. Por otro lado, el uso de la distracción podría añadir algo

nuevo a lo que prestar atención, algo no relacionado con la tarea que nos ocupa. En este caso, podríamos conectar la radio para distraernos de los pensamientos rumiativos o podríamos cantar una canción cuya letra sea difícil de recordar. Estas dos actividades implicarían distracción, porque no requieren simplemente una implicación en el momento presente, sino más bien añadir algo a la situación para des-

Tabla 7.1. Intervenciones para evitar el pensamiento rumiativo

Las intervenciones que se enumeran a continuación pueden ser utilizadas cuando el terapeuta ha valorado que el cliente está dedicando mucho tiempo a la rumiación o cuando este no está totalmente implicado en una actividad, sino que se está dejando llevar por el pensamiento repetitivo o rumiativo.

- Destacar las consecuencias de la rumiación.
 - Hazte las siguientes preguntas: ¿Cómo afecta la rumiación a mi estado anímico? ¿Es útil la rumiación? ¿Me ayuda de algún modo a resolver problemas? ¿Tiene beneficios a corto o a largo plazo (por ejemplo, la reducción de una experiencia aversiva como la tristeza) o tiene costes?
- Resolver problemas.
 - Define el problema concreto que hay que resolver; concibe y evalúa posibles soluciones; identifica los pasos que te ayuden a experimentar el cambio; da los pasos que has identificado; revisa los resultados y piensa en las soluciones.
- Prestar mucha atención a la experiencia sensorial.
 - Dirige tu atención repetidamente hacia la experiencia sensorial de ver, oír, oler, tocar o gustar en el momento.
- Volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos.
 - Identifica qué pasos concretos son necesarios para completar la tarea. En cada momento debes centrar de nuevo tu atención en un paso.
- Desviar la atención de los pensamientos rumiativos.
 - Dirige tu atención repetidamente hacia un centro de interés que te distraiga de los pensamientos rumiativos. Realiza alguna actividad con tu cuerpo (por ejemplo, jugar con tu perro, hacer ejercicio) o con tu mente (por ejemplo, cantar una canción, recorrer el alfabeto y hacer una lista de objetos que comiencen con cada letra).

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

viar la mente de la rumiación. Alicia solía tener pensamientos rumiativos por la noche, cuando intentaba dormir. Descubrió que si prestaba atención a la experiencia a última hora de la noche, el hecho de escuchar de vez en cuando el ruido del tráfico, etcétera, eran actividades que le hacían sentirse intranquila en la oscuridad. Ella y Beth dialogaron sobre la distracción como una alternativa. Cuando Alicia estuviera en la cama ocupada con pensamientos rumiativos, centraría su atención en el alfabeto y pensaría en todos los animales que pudiera, comenzando por la letra *A*. Alicia estuvo encantada de manifestar a Beth que rara vez había pasado de la letra *J* antes de quedarse dormida. Ambas bromearon diciendo que pensar en una jirafa antes de ir a dormir... ¡no era una mala imagen! Para algunos clientes, la distracción puede ser un antídoto efectivo contra la rumiación. La Tabla 7.1 enumera varias intervenciones que el terapeuta puede utilizar a la hora de ayudar a un cliente con problemas de rumiación.

Resumen

Para los clientes con depresión, la rumiación puede convertirse en un problema y en una experiencia desafiante. Pueden empezar a sentir que sus mentes son su peor enemigo. Debido a que la rumiación depresiva reduce a menudo por completo la implicación en las actividades, la rumiación puede socavar los esfuerzos encaminados hacia la activación. Los terapeutas de AC fijan como objetivo el proceso de los pensamientos rumiativos, en vez del contenido. Al igual que la evitación, la rumiación también puede impedir que el cliente haga frente a las situaciones difíciles. Los terapeutas de AC ayudan también a los clientes para que aprendan varias técnicas con el fin de que la rumiación salga de sus mentes y ellos vuelvan a implicarse en las actividades importantes de su vida. Podemos enfatizar las consecuencias de la rumiación como estrategia motivadora para animar a los clientes a abandonar la rumiación. La resolución de problemas, la atención a la experiencia sensorial, el volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos y la distracción de los pensamientos rumiativos implican la práctica activa por parte del cliente de una alternativa a la rumiación depresiva.

8

Solución de problemas con la activación

«Las grandes obras no son fruto de la fuerza,
sino de la perseverancia».

Samuel Johnson (1709-1784)

Alicia se sentía desanimada por su cena con Ellen; sin embargo, después de trabajar con Beth para fijar la rumiación como objetivo, Alicia estaba interesada en poner en práctica alguna de las nuevas estrategias y se comprometió a asistir a una celebración litúrgica y a quedarse después a tomar un café. Beth tenía muchas ganas de escuchar el informe de Alicia sobre la tarea y se sorprendió cuando esta no asistió a la siguiente sesión que estaba en el programa. Llamó a Alicia veinte minutos después y le dejó un mensaje recordándole la cita y expresando su interés por saber cómo estaba. No tuvo noticias de Alicia hasta dos días después, momento en el que Alicia llamó a Beth explicando que se había sentido tan abatida después de ir a trabajar el lunes, que se había quedado en la cama durante los días siguientes. Beth contestó: «Siento que las cosas hayan sido tan difíciles, Alicia. ¡Es maravilloso que me hayas llamado hoy! Sé lo mal que puedes sentirte cuando estás abatida. Programemos una

cita para que vengas con el fin de poder entender lo que ha estado sucediendo y cómo retomar la terapia. ¿Te parece bien?».

Cuando Alicia llegó a la sesión al día siguiente, las dos comenzaron a analizar la semana anterior esforzándose por determinar los factores que habían contribuido al empeoramiento de la depresión de Alicia. Durante esta revisión, se observó que el estado anímico de Alicia había sido bastante positivo hasta el domingo por la tarde, cuando comenzó a sentirse más abatida; y el lunes por la tarde fue el momento en que más deprimida estuvo desde que había comenzado el tratamiento.

Beth preguntó qué había sucedido el domingo antes de comenzar a sentirse más abatida y Alicia respondió: «No estoy segura. Es difícil recordar lo que estaba haciendo ese día».

«Pienso que habíamos hablado de tu visita a la iglesia esa mañana. ¿Recuerdas si fuiste?», preguntó Beth.

«Ah, sí. Lo hice. Gracias. Fui e incluso estuve en la celebración litúrgica. Pero después de saludar al pastor en la puerta, no pude quedarme a tomar café. Pienso que también habíamos hablado sobre esto».

A Beth le interesaba mucho la experiencia de Alicia en relación a su tarea y dijo: «En realidad quiero saber cómo te encontraste en el servicio litúrgico, ya que sé que te preocupaba la posibilidad de empezar después con los pensamientos rumiativos. También tengo curiosidad por saber lo que sucedió cuando decidiste no ir a tomar café».

Alicia volvió a pensar en la celebración. Ella creía que no había rumiado demasiado, pero al pensar expresamente en su experiencia explicó: «Bueno, en realidad pensaba que durante la celebración no había tenido pensamientos rumiativos, pero no fue así. Hubo varias veces en las que me sorprendí a mí misma distrayéndome, pero los recursos de los que hablamos en nuestra última sesión me resultaron muy útiles. Observé que me sentía triste y después me di cuenta de que estaba pensando en lo mucho que deseaba tener de nuevo una experiencia espiritual. Pero había otras muchas cosas a mi alrededor a las que podía prestar atención, tal y como tú sugeriste. Me encanta el interior de esa iglesia. Hay un precioso rosetón en la fachada prin-

cipal y me concentré en los colores de las vidrieras. El sermón también fue realmente bueno... el tipo de sermón que yo necesitaba escuchar ese día. Por eso estuve fijando mi atención en el rosetón, en el coro o en el sermón».

Beth estaba encantada de escuchar los comentarios de Alicia: «¡Es estupendo, Alicia! Has puesto realmente en práctica lo que hablamos y te resultó útil. ¡Es genial!». Beth también quería escuchar el resto de la tarea de activación y pidió a Alicia que le hablase sobre la hora del café. Alicia explicó: «Bueno, en realidad estaba pensando en tomar café, hasta que saludé al pastor. Había unas pocas personas a las que conocía y me expresaron que estaban encantadas de verme».

Beth observó que en este momento la expresión de Alicia se hizo más tensa. «¿Qué sucedió a continuación?», preguntó. Alicia prosiguió: «No lo sé. De repente me sentí agobiada. Sencillamente, no me sentí capaz de hablar sobre mi trabajo y sobre el lugar donde vivo... ya sabes, todas esas cosas que odio en mi vida. Fue como si mis pies dijeran “sigue caminando”... Vi que fuera brillaba el sol y me dirigí hacia la puerta».

«¡Esa información es muy importante, Alicia! Tengo curiosidad por saber lo que sucedió después de eso, ya que has dicho que las cosas fueron realmente de mal en peor después del lunes».

Alicia dijo a Beth que el lunes por la mañana había planeado quedarse en casa y trabajar a distancia, pero después decidió ir a la oficina. Al principio estaba encantada consigo misma por haber tomado esa decisión y tuvo la sensación de haber realizado la gran hazaña de salir de casa a una hora razonable e ir al trabajo. El día había transcurrido «de mal en peor» porque en la oficina recordó que se había olvidado de terminar un trabajo para un cliente al que se lo había prometido el viernes anterior. Tenía un mensaje telefónico del cliente, que estaba muy enfadado y que además se había quejado a su jefe. Su jefe fue amable con ella, pero fue también muy directo y le dijo: «Este trabajo debe estar concluido al final del día y espero que te quedes en la oficina toda la tarde». Alicia no tuvo que quedarse en la oficina hasta última hora de la tarde, ya que terminó el trabajo antes y se lo envió al cliente.

A la mañana siguiente, Alicia estaba agotada y se quedó dormida hasta última hora de la mañana. Había decidido no ir a la oficina y por eso se quedó durmiendo dos horas más de lo acostumbrado. Después de levantarse y de sacar al perro a dar un paseo muy corto, pudo contestar los mensajes del trabajo. Había un mensaje de agradecimiento procedente de su disgustado cliente, que también añadía: «El resultado final de este asunto es bueno, aunque tu tardanza ha retrasado una semana el lanzamiento de nuestro nuevo producto al mercado». Alicia envió un mensaje pidiendo disculpas por su tardanza, envió una copia a su jefe y recibió un mensaje de este último unos minutos más tarde diciendo que ella «ya no iba a tener en adelante ningún contacto con ese cliente». Llegados a este punto, Alicia volvió a la cama, quería llorar y empezó a dar vueltas a sus fracasos. Había permanecido en la cama durante todo el tiempo de la sesión de terapia y, cuando escuchó el mensaje de Beth, se sintió aún peor. Esperó dos días antes de llamar a Beth porque se sentía avergonzada por su fracaso en el trabajo y por no haber acudido a la sesión de terapia.

Cuando Alicia relató estos hechos en la sesión, Beth dijo: «Estoy muy contenta de que hoy estés aquí, Alicia. ¡Qué semana más dura has pasado! Es estupendo que me llamaras y que hayas venido hoy. Sé que te ha resultado difícil hacerlo». Alicia estaba sorprendida porque Beth no se sentía frustrada con ella. Beth sonrió con afecto, añadiendo: «Quizás deberíamos escribir en nuestra agenda lo que sucedió en la iglesia y en el trabajo para hablar después sobre ello». Alicia bajó la mirada y reconoció lo siguiente: «Tenía la sensación de que ibas a decir eso. Supongo que deberíamos hacerlo».

Introducción

Siempre se producen tropiezos durante el proceso de activación y este capítulo analiza el uso de la detección de problemas para hacer frente a estas situaciones. Como establece el Principio 10: «Detectar barreras posibles y reales para la activación», la detección de problemas es esencial para abordar los tipos de problemas que normalmente se producen cuando se desarrollan y realizan los planes de activa-

ción con clientes con depresión. En este contexto, la «detección» se utiliza de manera específica para hacer referencia a dos tipos de estrategias de «resolución de problemas» que ya hemos analizado en el capítulo 6. En primer lugar, la detección de problemas puede darse cuando ya se ha propuesto un plan de solución o acción y cuando se ha realizado una valoración adicional para maximizar la probabilidad de que el cliente lleve a cabo el plan propuesto. En segundo lugar, la detección de problemas puede incluir los esfuerzos encaminados a informar al cliente sobre el acontecimiento que puede haber interferido en la tarea de la activación que no salió como estaba planeado.

El núcleo de la detección de problemas supone la adopción de una valoración conductual y la identificación de posibles soluciones para que el cliente las integre en una tarea posterior, y en este capítulo haremos especial hincapié en estas tareas. Al mismo tiempo, otros elementos fundamentales son el estilo y la actitud que adopta el terapeuta en la detección de problemas. De este modo, en primer lugar abordaremos cómo el terapeuta puede abordar los problemas que surgen con el fin de facilitar una detección efectiva de los mismos.

Los desafíos de la activación

Los terapeutas pueden tener en cuenta la siguiente situación ideal cuando asignan tareas a sus clientes. El cliente llega a la siguiente sesión diciendo: «He hecho todas las tareas y, ¿sabes...? ¡Todas tus intervenciones y tareas me han ayudado! Pude realizar todas las tareas, me sentí mejor haciéndolas y me encontré más motivado para continuar. ¡Estoy preparado para emprender más tareas!».

Por lo general, estos no son los sentimientos del cliente con depresión, especialmente en las primeras fases de la terapia. Son más frecuentes la frustración y el desánimo que experimentan los clientes cuando intentan hacer cambios conductuales en estas circunstancias. En general, los clientes sienten culpabilidad (o vergüenza) cuando no han completado sus tareas o cuando han hecho algo que va en contra de lo establecido (por ejemplo, no ir a trabajar), especialmen-

te cuando hay continuos incumplimientos. Los clientes quieren hacer cambios, pero a menudo la conducta dependiente del estado anímico sale ganando. Por consiguiente, a menudo los clientes no completan las tareas y no asisten a las sesiones si se sienten desanimados o avergonzados por los retos que experimentan.

Cuando esto se produce, la conducta dependiente del estado anímico puede salir ganando también en la persona del terapeuta. Puede ser fácil sentirse desanimado o frustrado cuando el cliente con depresión no completa las tareas, especialmente cuando el terapeuta confía en que dichas tareas serán útiles si se llevan a cabo. Puede ser muy fácil culpar a los clientes porque avanzan lentamente, citando patologías como «problemas del Eje II» o calificando al cliente como un «individuo que rechaza la ayuda» (o, dicho de otro modo, clientes a los que les gusta decir «Sí, pero...»). De hecho, cuando algunos clientes cumplen los criterios de los trastornos del Eje II, son ciertamente importantes un diagnóstico preciso y las implicaciones de los múltiples diagnósticos para la planificación del tratamiento. Al mismo tiempo, a veces es muy común que el terapeuta se sienta abrumado y frustrado y que utilice juicios descriptivos no conductuales sobre los clientes –como, por ejemplo, que el cliente es manipulador o que quiere estar deprimido–. Desgraciadamente, dichos juicios no solo no resuelven el problema sino que también contribuyen al *síndrome del burnout* si no se controla el pesimismo del terapeuta con respecto al cliente.

Estilo y actitud del terapeuta en la detección y resolución de problemas

Dados los desafíos que supone la activación, puede ser sumamente útil el confiar en el abanico esencial de estrategias de estilo y de estructura que ya hemos analizado en el capítulo 3. Desde el punto de vista estructural, el conseguir que el cliente participe de la conceptualización de la AC puede asegurar que las tareas de la activación tengan sentido para él. El mantenimiento de la estructura de la sesión, que hace posible que el terapeuta y el cliente se centren en la activa-

ción, asegurará también que la detección de problemas se produzca de manera apropiada. El asegurar que el cliente entienda el razonamiento y la elección por parte del terapeuta de las distintas intervenciones puede aportar un contexto para la detección de problemas. La actitud de validar al cliente por parte del terapeuta –no hacer juicios de valor, ser amable y sincero al ayudar al cliente a superar los problemas de activación– puede hacer que el proceso se mantenga como un proceso de colaboración. Finalmente, en la detección de problemas es importante también continuar reforzando ejemplos de conducta adaptativa, incluso si estas conductas son sutiles o aparentemente insignificantes. En todas estas circunstancias, el objetivo del terapeuta es adherirse al Principio 8 («Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles»): abordar todo lo que sucede durante el tratamiento como una oportunidad para aprender y para perfeccionar las intervenciones.

Una actitud que no hace juicios de valor es esencial cuando al cliente le resulta difícil completar las tareas encomendadas, cuando comete errores reiteradamente o cuando adopta conductas problemáticas. Una respuesta sin juicios de valor que ilustra este principio podría incluir el decir a alguien algo como lo siguiente: «Hmmm. Parece que todavía no hemos solucionado este problema. Echemos un vistazo más detallado a lo que ha interferido y veamos qué podemos aprender». O bien: «De acuerdo, hay una buena razón para que esto sucediera (o no sucediera) de este modo. Seguro que la semana pasada olvidamos algo cuando se nos ocurrió esta tarea, o quizás surgió un nuevo problema. Echemos un vistazo detallado y averigüemos qué es».

Cada una de estas respuestas manifiesta que el terapeuta no culpa al cliente por no terminar las tareas y también pone de relieve que el terapeuta es optimista en la identificación de lo que supuso un obstáculo. El énfasis recae directamente en la pregunta: «¿Qué podemos aprender aquí?». Si las respuestas del terapeuta son como las mencionadas, el cliente por lo general se relaja (¡después de todo, el cliente no ha sido castigado por experimentar dificultad!) y, como analiza-

remos en breve, podremos realizar una valoración conductual productiva para examinar en qué punto apareció la dificultad en la tarea.

Cuando el terapeuta revisa con el cliente las tablas de actividades, el uso de un tono neutro es crucial. El hecho de pedir al cliente que anote sus actividades y estados anímicos proporciona una visión privilegiada de la vida del cliente, lo cual puede ser incómodo para algunos. Cuando las actividades programadas no se han realizado o cuando el cliente se ha implicado en actividades improductivas o problemáticas, es importante que el terapeuta lo comente sin parecer desilusionado o crítico. Esto se puede lograr dando una respuesta sencilla como, por ejemplo: «Veo que no has podido hacer lo que planeaste el sábado. ¿Cómo te fue esa tarde?». Esta respuesta reconoce el hecho, pero también proporciona un espacio para que el cliente hable de manera abierta sobre ese día sin necesidad de justificar una respuesta a una pregunta como: «¿Qué salió mal?».

El énfasis permanece también en la identificación de las contingencias que interfirieron en la consecución de una activación efectiva. El terapeuta puede hacer comentarios como: «Es útil saber... [sobre un detalle concreto]» o validar lo aprendido diciendo: «Sencillamente, ese no es un momento del día que sea productivo para ti, ¿verdad? Veamos si podemos encontrar un momento mejor y si tienes más éxito con las tareas de esta semana». A través del modelado del terapeuta, el cliente aprende que las contingencias controlan la conducta y que juicios como «pereza» no son útiles y tienden a interferir en una resolución efectiva de los problemas, en vez de promoverla. Una vez que se descubren y validan las variables importantes, se puede utilizar la resolución de problemas para elaborar o modificar planes de activación con el fin de poder avanzar hacia la consecución de los objetivos.

El uso de un tono neutro es crucial también al realizar análisis de los problemas que surgen con las tareas de activación. Por ejemplo, si un cliente dice: «No sé qué ha pasado. He hecho exactamente lo contrario de todo lo que dijimos que tenía que hacer esta semana». El terapeuta que utiliza un estilo neutro podría responder sencillamente: «Háblame sobre eso», expresando su interés de un modo sincero.

También es importante que el terapeuta de AC adopte un estilo optimista al responder a los problemas que surgen durante la activación. Como hemos señalado en el capítulo 6, los terapeutas de AC aceptan cada problema como algo en lo que uno puede ayudar al cliente a encontrar una solución o una forma de salir adelante. Los científicos conductistas saben que el cambio es difícil y que suele requerir continuos intentos con el paso del tiempo. Puede que el cambio conductual no sea lineal, ya que a veces se produce dando dos pasos hacia delante y un paso hacia atrás. El terapeuta que sigue siendo optimista ante las adversidades puede ser extraordinariamente útil para los clientes. Si tenemos en cuenta la observación del Principio 8 que establece que «todos los resultados son útiles» y también el punto de vista que establece que el cambio conductual es un puzzle que debemos resolver, el cliente y el terapeuta pueden confiar en que tienen lo necesario para que el cliente avance hacia los objetivos, incluso afrontando los frecuentes obstáculos que podrían surgir.

Este optimismo puede dar origen también a una sensación de persistencia. El terapeuta de AC adopta la siguiente perspectiva: «Si no lo consigues al principio, inténtalo una y otra vez». A menudo es necesario realizar análisis de la conducta y concebir soluciones muchas veces. Si no se persevera cuando el cliente no completa la tarea, esto puede dar como resultado que el terapeuta refuerce la evitación sin darse cuenta o que quede atrapado en la desesperanza del cliente. Además, si no se realiza el seguimiento de una tarea, esto puede llevar consigo una oportunidad perdida para reforzar cualquier cambio que pueda haberse producido. Cuando se trabaja con clientes con depresión, es fundamental que el terapeuta de AC busque oportunidades para reforzar cualquier indicio de progreso. Además, si el terapeuta deja de preguntar por la tarea o de abordar directamente los obstáculos que surgen, podría comenzar a concluir que el cliente «no es capaz» de cambiar de este modo, especialmente si se producen múltiples intentos. Aunque esta es una posible explicación, no proporciona una información conductual útil con respecto a lo que en realidad ha ocurrido y que podría explicar el fracaso. Sin esta información, es casi imposible resolver cualquier problema pendiente. En lo esencial, la terapia se aparta del camino no porque el cambio

sea imposible sino porque los problemas pasan desapercibidos por falta de un análisis meticuloso de lo que puede estar interfiriendo y porque el terapeuta se frustra o desanima con la conducta del cliente.

Finalmente, los clientes en general, y quizás los clientes con depresión en particular, suelen suponer que tienen la culpa cuando se produce un fracaso de algún tipo. Adoptar una actitud que muestra que hay una explicación razonable para todas las conductas puede llevar a una resolución efectiva de los problemas. Los terapeutas de AC suelen centrarse en la influencia del aprendizaje o de la biología, y hacen hincapié en que las vulnerabilidades o déficits en cada uno de estos campos pueden afectar al éxito. Este enfoque puede ayudar a reducir las conductas de culpa, de vergüenza, de ira y de culpabilidad, que de otro modo podrían seguir interfiriendo en una resolución efectiva de los problemas. En lo esencial, los terapeutas dejan de insistir en una actitud de fracaso personal y recuerdan a los clientes que se pueden realizar otras actividades con el fin de resolver el puzzle de lo que es necesario cambiar la próxima vez para que se produzca el éxito.

Cuando los terapeutas de AC trabajan en colaboración con los clientes, puede ser útil permanecer abiertos a la posibilidad de que el terapeuta no haya graduado de forma adecuada la tarea o no haya considerado los obstáculos potenciales. Los terapeutas pueden reflexionar sobre si se tuvieron en cuenta suficientes alternativas para llegar a una solución, o si las sugerencias que se hicieron al cliente estaban demasiado elaboradas. El hecho de reflexionar sobre esto en voz alta con el cliente puede fomentar también una sensación de trabajo en equipo y ayudar a hacer frente a la auto-inculpación del cliente. Esta reflexión abarca también la planificación de la tarea para la semana siguiente. El terapeuta y el cliente pueden analizar aquellos elementos que pudieran surgir durante la semana y podrían evitar que el cliente realizara una actividad planeada. Es útil analizar los obstáculos externos –como la posibilidad de que llueva mucho durante toda la semana cuando se ha planificado trabajar en el jardín– y los obstáculos internos –como la posibilidad de despertarse y «no sentirse con ánimo»–. Cuando el cliente termina una sesión con varios planes alternativos, aumenta la probabilidad de éxito.

Se aconseja que los terapeutas pregunten a los clientes sobre los problemas o las dificultades que podrían interferir en la realización de la tarea, considerada esta como parte de la programación de actividades entre las distintas sesiones. Aunque podrían ser difíciles de identificar en el futuro, las tablas subsiguientes de actividades revelan problemas que surgen e interfieren en las tareas. Por ejemplo, si Alicia planea comprar mantillo para su jardín pero no pudiera llevar las bolsas, necesitaría descubrir una forma de conseguir ayuda, quizás pidiendo ayuda en la tienda y luego pidiendo a otra persona del huerto que le echara una mano para sacar las bolsas del maletero del coche. Podría comprometerse a preguntar a alguien con antelación de modo que le resultara más difícil posponer el ir a la tienda para comprar el mantillo. Es importante maximizar el compromiso con el plan de activación. A menudo esto es tan sencillo como decir: «Está bien. Entonces, ¿estamos de acuerdo en que llamarás a Ed el lunes y le preguntarás si le gustaría trabajar en la cerca contigo el jueves después de comer?». En otras ocasiones podría ser necesario un análisis más pormenorizado. El terapeuta y el cliente pueden desarrollar una lista de recordatorios sobre el valor de la actividad que el cliente puede utilizar más tarde como ayuda para motivarse con el fin de emprender la actividad. El terapeuta podría pedir al cliente que le llamara cuando la actividad haya sido intentada o completada como un modo adicional de obtener un compromiso firme.

Descubrir qué puede salir mal (o qué salió mal)

En su excepcional obra sobre cómo enseñar a las personas a cambiar su propia conducta a través de la modificación conductual (titulada *Self-Directed Behavior*), que se encuentra en su octava edición, Watson y Tharp (2002) destacan que un cambio conductual exitoso requiere una buena auto-monitorización, un plan de acción, y la capacidad de cambiar parte del plan –o todo el plan–, si este no funciona. Este tipo de flexibilidad es necesario también en la AC.

Anticipar lo que podría malograr un plan de activación en el momento de la programación, o identificar lo que malogró el intento

de un plan de activación, requiere el uso de una valoración conductual continua. Como hemos señalado en el capítulo 4, esto requiere la verificación de las hipótesis sobre lo que mantiene la depresión y sobre qué conductas pueden mejorar el estado anímico o la situación de vida. Si la terapia no funciona, hay una serie de elementos que se convierten en parte del proceso de resolución de problemas: la mejora de la comprensión del problema, la reevaluación del historial de aprendizaje del cliente con especial atención al desarrollo de habilidades, la obtención de una mejor comprensión de las consecuencias que podrían reforzar una conducta no deseable o castigar una conducta deseada.

Watson y Tharp (2002) califican también la detección de problemas como «el ligero retoque» de un plan. El «ligero retoque» sugiere que solo son necesarios cambios menores una vez que se ha perfilado un plan básico de acción. Y, sin embargo, tales cambios menores pueden ser cruciales. Por lo general, las valoraciones conductuales no indican que sea necesario renunciar a la solución en su totalidad después de un intento inicial, sino que más bien sugieren que la modificación y la perseverancia son importantes. Este enfoque es coherente con enseñar a los clientes a hacer cambios poco a poco con el paso del tiempo para integrarlos en la rutina antes de decidir si hay éxito o fracaso. Mediante la valoración conductual, clientes y terapeutas pueden identificar los obstáculos encontrados durante la puesta en práctica de la solución o los aspectos de la solución que no funcionaron.

Cuando se han identificado los obstáculos, el plan anterior es «retocado» con el fin de obtener una estrategia para superarlos. Este proceso ejemplifica cómo continúa la valoración a lo largo de la intervención terapéutica. Todas las tareas de la activación son consideradas mini-experimentos. El cliente puede tratar de realizar el nuevo plan y, al volver a emitir su informe durante la sesión siguiente, analiza con el terapeuta los aspectos que tuvieron éxito y los que no lo tuvieron con el fin de proceder a retocar el plan con más profundidad.

La valoración conductual incluye siempre la consideración de los factores contextuales que influyen en las actividades como, por

ejemplo, el tiempo, el lugar y las demás personas implicadas, así como las consecuencias de las acciones del cliente, que pueden estimular o reducir la conducta. Se puede identificar cualquier obstáculo que impida la realización de una actividad y hay una serie de problemas frecuentes que hemos observado. Primero, es posible que los clientes no comprendan del todo la tarea con la que deben comenzar. Segundo, los clientes podrían carecer de las habilidades necesarias para completar una tarea. Tercero, los terapeutas podrían darse cuenta de que, mientras que al principio pensaban que determinadas tareas serían controlables para el cliente, en realidad la tarea no estaba lo suficientemente graduada. Cuarto, quizás los clientes no monitoricen de forma adecuada las actividades o solo las monitoricen parcialmente, aportando una información insuficiente sobre el estado anímico y sobre las emociones para detectar los obstáculos de forma adecuada. Quinto, a veces no hay suficientes señales en el entorno que recuerden a los clientes las tareas a las que se han comprometido. Sexto, se podrían establecer las contingencias para reducir la probabilidad de continuación en vez de aumentarla. Por último, los indicadores del entorno podrían ser estímulos condicionados desde un punto de vista clásico que provoquen sentimientos o conductas de las que los clientes son muy conscientes. Más adelante haremos referencia a estos problemas comunes y a sus soluciones. Aun cuando no se pretende que las soluciones propuestas sean exhaustivas, pueden ser utilizadas para guiar al terapeuta a la hora de ayudar al cliente a gestionar otros tipos de obstáculos para la activación.

Problemas frecuentes con la activación

La experiencia de depresión de cada cliente es única; sin embargo, también hay problemas comunes que surgen cuando clientes y terapeutas comienzan el proceso de activación. Cuando el cliente asume la programación de la activación, las valoraciones conductuales repetidas nos han revelado una serie de puntos concretos incluso cuando los mejores planes se han malogrado. Determinados problemas tien-

den a presentarse una y otra vez, y puede resultar útil anticipar algunos de ellos. El terapeuta prevenido puede detectar estos problemas cuando las tareas son asignadas al principio o cuando se descubren los problemas en el proceso de realización de la tarea. Estos obstáculos y las respuestas efectivas a los mismos son nuestro centro de interés en estos momentos.

Problemas en la comprensión de la programación o de la tarea

Podría parecer evidente que el terapeuta se ha asegurado de que el cliente ha entendido la tarea antes de terminar la sesión; sin embargo, según nuestra experiencia, en este punto se producen problemas con frecuencia. Cuando no se ha completado la programación de tareas de forma satisfactoria, un punto lógico para comenzar es asegurarse de antemano de que la programación era clara. Una forma de evitar la confusión cuando esto sucede consiste sencillamente en pedir al cliente que resuma la programación después de que esta ha sido asignada por primera vez. La semántica es importante aquí por dos razones: la primera, porque las mismas palabras pueden significar cosas muy distintas para personas diferentes; y en segundo lugar, porque los clientes se sienten a veces demasiado incómodos para preguntar cuando no entienden algo. Por esta razón, cuanto más concreta y específica es una programación, tanto mejor. Decir algo como: «De acuerdo, te vas a hacer valer ante tu jefe por lo menos una vez esta semana» no es tan concreto ni tan específico como decir: «Pensemos en alguna forma de hacer valer tus necesidades ante tu jefe esta semana. Dijiste que querías instrucciones más concretas sobre el trabajo con el software. ¿Piensas que podrías pedirle que reserve un tiempo para ti esta semana con el fin de abordarlo con detenimiento?». Es evidente que la última fórmula es mucho más específica por ser «más asertiva» con respecto al jefe. Podría darse una mayor concreción si analizamos cuál es la mejor forma de preguntar (por ejemplo, a través de un mensaje de correo electrónico, de un mensaje de voz o en persona) y si determinamos cuándo preguntar. Una buena idea sería pedir al cliente que resumiera lo que ha planeado con el fin de asegurarnos de que ha entendido bien la tarea asignada.

Problemas de déficits de habilidades

Aun cuando la AC no se basa mucho en la instrucción de capacidades didácticas, es importante valorar si los déficits de habilidades concretas fomentan la depresión o interfieren en el disfrute de una vida más gratificante. Este es otro problema que solemos pasar por alto. A menudo, los clientes no son conscientes de sus déficits y los terapeutas también pueden pasarlos por alto, ya que asumen que el conjunto de habilidades necesarias está dentro del repertorio de la mayoría de los adultos. Los ejemplos de posibles déficits de habilidades abarcan desde la incapacidad de hacer un uso equilibrado del talonario hasta la incapacidad de hacerse valer ante el jefe. También puede haber déficits de habilidades en la regulación emocional, en la regulación de la rutina o en la propia resolución de problemas. Cuando se asignan tareas de cualquier tipo, puede resultar útil valorar si el cliente tiene experiencia o conocimientos con el fin de llevar a cabo los pasos necesarios para la realización de la tarea. Si el cliente indica que posee estos conocimientos, pero luego no completa la tarea, el terapeuta debería hacer que el cliente le muestre lo que hizo en realidad (o intentó hacer) para ver si nos encontramos ante un déficit de habilidades.

A veces, el déficit de habilidades aparece solo después de múltiples ejemplos de fracaso a la hora de realizar la tarea asignada. Un ejemplo típico es el cliente que se compromete repetidas veces a algo, que tiene un plan para hacerlo, que aparentemente posee las habilidades para llevarlo a cabo, pero luego y en repetidas ocasiones no logra avanzar lo suficiente. Las habilidades básicas de autogestión son objetivos frecuentes y comunes de la AC. La división de las tareas, su secuenciación, la estimación del tiempo necesario para completarlas, la elaboración de listas y el rastreo de los resultados son las preocupaciones principales de la AC al tratar a clientes con depresión. La programación constante de la misma tarea a pesar de los defectos repetidos en su consecución podría poner de manifiesto un continuo fracaso a la hora de tener en cuenta que las cosas suelen llevar más tiempo que lo que en un principio esperábamos. Sin embargo, cuando repetidos ensayos producen resultados similares, el terapeuta podría sospechar que existe un déficit en las capacidades a la

hora de estimar lo que de forma realista se puede realizar en un espacio temporal determinado. Una forma de detectar este problema común es ayudar al cliente a aprender a programar suficiente tiempo para circunstancias imprevistas, y el hecho de dejar más tiempo para completar la actividad (porque las cosas siempre llevan más tiempo de lo que creemos) es una forma de detectar este problema común.

Cuando se trabaja con clientes con depresión, las habilidades interpersonales también son un objetivo primordial. Por ejemplo, algunos clientes podrían no saber cómo participar en una conversación de grupo o cuándo es un buen momento durante la mañana para llamar a otras personas. A menudo, los clientes con depresión tienen dificultades para pedir lo que quieren o para solicitar cosas de manera apropiada a las personas que les rodean. Las sesiones de terapia con estos clientes podrían centrarse en practicar cómo ser efectivos desde el punto de vista interpersonal y, en concreto, cómo ser asertivos con personas concretas de su entorno. Para algunos clientes, la angustia social es también un obstáculo que debe ser tratado si se quiere que puedan practicar estas habilidades.

Finalmente, algunos clientes podrían carecer de habilidades para regular las emociones, y la hiperactivación podría ser un obstáculo en el rendimiento con el que procesan los estímulos del entorno. Un ejemplo de ello es cuando un cliente está tan enfadado con un familiar durante una discusión que no puede seguir el desarrollo lógico de la conversación ni llegar a un acuerdo. En este caso, las habilidades de regulación emocional pueden ser enseñadas (la respiración, la relajación, el tomarse un tiempo de descanso en un entorno sobreestimulante para así reducir la hiperactivación). Y a la inversa, algunos clientes se distraen de sus emociones durante tanto tiempo que tienen problemas a la hora de identificar qué emoción están experimentando en un momento determinado, pasando por alto información crucial para ofrecer una respuesta adecuada. A menudo puede resultar útil el enseñar al cliente la naturaleza de las distintas emociones y como identificarlas. Todos estos problemas pueden ser conceptualizados como déficits de destrezas que han de ser abordados mediante el entrenamiento de las habilidades en el contexto de la AC.

Problemas en la gradación de las tareas

El asegurarse de que los clientes tienen las habilidades necesarias para la realización de las tareas podría requerir el enseñarles nuevas conductas y animarles a comenzar con los aspectos más sencillos de las actividades complejas. Además, las tareas deben ser realistas dentro del contexto de las experiencias vitales del cliente. El Principio 5 establece que «el cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño», y las tareas pueden fracasar si no han sido divididas de manera adecuada. Dos métodos que los terapeutas pueden utilizar para asegurar que una programación sea controlable son la gradación exacta de las tareas (como se describió en el capítulo 5) y el tener en cuenta que el cambio de conducta es difícil en general y el progreso puede ser lento. Por varias razones, los clientes a menudo sobrestiman lo que pueden realizar, hasta tal punto que cuanto más enfatizan los terapeutas la importancia que tiene comenzar por lo pequeño, tanto más probable es que sus clientes tengan más éxito en sus esfuerzos. El éxito tiende a reforzar los esfuerzos del cliente y del terapeuta, y de ese modo se puede animar al cliente a dar pasos adicionales hacia el cambio positivo.

Al principio, los clientes no siempre se dan cuenta de que una tarea es demasiado difícil o abrumadora, y este problema suele ser la pesadilla de las tareas incompletas. Por esta razón, las hipótesis sobre las tareas incompletas solo se pueden «demostrar» si experimentamos la gradación de la tarea, si la reasignamos y si valoramos si el cliente tiene más éxito. Los terapeutas de AC tienen presente que algunos clientes con depresión suponen que deberían hacer mucho más en sus primeros esfuerzos de activación. Algunos clientes fantasean también sobre la realidad de sus vidas antes de la depresión y recuerdan haber hecho mucho más que lo que realmente hicieron. También pueden hacer comparaciones injustas de sí mismos con respecto a otras personas de las que piensan que han logrado muchas más cosas. Tales comparaciones incluyen a veces la suposición de que quienes aparentemente están realizando grandes tareas lo hacen con facilidad y sin consecuencias negativas como,

por ejemplo, un aumento de la tensión, preocupación o interferencia en otros aspectos de la vida. El terapeuta de AC no cuestiona la validez de estas suposiciones, sino que simplemente se centra en graduar la tarea de forma apropiada, diciendo al cliente: «Cuando decimos que el cambio se produce con pequeños incrementos, en realidad no queremos decir “pequeños”. Me gustaría maximizar tu éxito al realizar esta tarea, así que comencemos por lo realmente pequeño. Está bien si haces más; sencillamente quiero asegurarme de que sepas que tendrás éxito en la programación si das este primer paso». Las pistas que indican problemas con la gradación de las tareas incluyen la sensación de angustia del cliente, el desánimo, el cometer múltiples errores o intentos fallidos reiterados. Cuando se tienen dudas, nunca es perjudicial dividir la programación en pasos más pequeños, sobre todo si aumenta la probabilidad de que el cliente vuelva a la siguiente sesión después de haber experimentado cierto éxito.

La ausencia o inadecuación de la monitorización de la actividad

Al principio podrían surgir varios problemas en respuesta a la programación de una tabla de actividades. A veces el cliente no completa ninguna parte de la tabla. Esta falta aporta al terapeuta una oportunidad para dirigir un análisis conductual con el fin de comprender y solucionar concretamente lo que interfirió en la programación. El incumplimiento es un problema que hay que abordar de forma directa e inmediata. Es fundamental realizar una valoración de los factores que contribuyen a que el cliente no complete sus tablas de actividades.

A veces el cliente afirmará lo siguiente: «No quiero utilizar un microscopio para saber cómo me siento porque el hacerlo solamente me haría sentir peor y entonces... ¿para qué demonios hacerlo?». Aunque al cliente esta perspectiva podría parecerle acertada, también podría ser un ejemplo de evitación de algo aversivo a corto plazo y, si se logra, a largo plazo estaría al servicio de sus intereses. La utilización de un enfoque de colaboración en la detección de problemas

en lo referente a este dilema puede servir para que el cliente se implique en el proceso de monitorización de una forma que no sea agobiante. Esto puede hacerse graduando la tarea o cambiando la programación para situar el énfasis a corto plazo en la anotación de las actividades y no tanto en el estado afectivo negativo. También es posible desarrollar con el cliente menos periodos de monitorización o más breves, graduando de forma efectiva la tarea de monitorización. Posteriormente, los clientes pueden participar en una valoración más minuciosa de la actividad y del estado anímico una vez que se familiarizan con el proceso de auto-monitorización y se sienten menos amenazados.

Es importante que el terapeuta recuerde que no es necesaria la utilización de una forma específica o de un formato prescrito para la tabla de actividades o para la técnica de auto-monitorización de sus clientes. El objetivo es crear una herramienta para entender las relaciones entre el contexto, la actividad y el estado anímico con el fin de que los problemas relacionados con el estado de ánimo puedan ser analizados y mejorados cuando los clientes finalmente entran en contacto con reforzadores más positivos en sus vidas. Para algunos clientes, el papeleo de cualquier tipo se parece a los deberes escolares o también puede ser algo intimidante. Cuando al cliente no le gusta completar los formularios, el terapeuta y el cliente pueden analizar otras formas de anotar los datos a la hora de monitorizar su conducta o de planear actividades. Algunos clientes podrían preferir hablar ante un pequeño grabador de sonido o incluso utilizar contadores de golf cuando recogen datos sobre la frecuencia de conductas concretas. Mientras no haya una solución sencilla que funcione para todos, debemos animar al terapeuta para que colabore de forma creativa con sus clientes con el fin de buscar un método de monitorización que sea efectivo y aceptable para ambos.

Información limitada sobre el estado anímico o las emociones

Hay otra situación común, a saber, cuando el cliente llega a la sesión con la tabla de actividades completada solo de manera parcial. A menudo los clientes anotan sus actividades con muy poca varia-

ción en cuanto al estado anímico, o presentan la tabla sin ninguna información sobre dicho estado. En estos casos, el cliente suele manifestar lo siguiente: «Estoy deprimido todo el tiempo. Nada hace que yo me sienta bien». El terapeuta puede destacar que durante la depresión los cambios sutiles en el estado anímico suelen pasar desapercibidos; este es un problema muy común en el tratamiento de la depresión. La auto-monitorización es un antídoto excelente para esto, ya que el propio proceso de monitorización puede aumentar el conocimiento que el cliente tiene de su propia experiencia. La monitorización de la conducta puede influir también en la propia conducta, ya que esta suele ser reacia a la observación (Mace y Kratochwill, 1985). El terapeuta puede afirmar lo siguiente: «Cuando te sientes deprimido, es muy común no observar los pequeños cambios en el estado anímico, ya que todo parece gris. Por mi experiencia sé que utilizar un microscopio para analizar tu estado anímico durante todo un día te ayudará a afinar tu observación de los cambios más sutiles. Cuando esto suceda, podemos aprovechar esos cambios aumentando las conductas que tienden a mejorar tu estado de ánimo y disminuyendo las que tienden a empeorarlo». En estas situaciones suele ser útil practicar en las sesiones la monitorización de tareas, pidiendo al cliente que haga memoria de las horas anteriores a la sesión e identificando actividades y variaciones asociadas en el estado anímico.

Problemas con el control de los indicadores

¿Con qué frecuencia los terapeutas encomiendan tareas para que sean realizadas en casa y los clientes se han olvidado de llevarlas a cabo? Este problema puede atribuirse a la imposibilidad por parte del cliente de conseguir durante la semana las claves para poder adoptar la conducta que pensaba poner en práctica. En otras palabras, la programación no pudo realizarse no porque el cliente estuviera apático, sino sencillamente porque no había nada en el entorno que le recordara que tenía que hacerlo. El no poder completar la tabla de actividades (u otras actividades de auto-monitorización) y el no poder llegar a tiempo a alguna de las citas (o a todas) son ejemplos frecuentes de este problema.

En vez de atribuir intenciones negativas al cliente, el terapeuta debería preguntar simplemente qué interfirió en la programación. Al principio, los clientes no siempre saben por qué sucedió (o no) algo y dicen: «No sé, yo no lo hice», o bien se sienten obligados a intentar proponer una explicación o un motivo por el que se «supone» que deben hacerlo.

Siempre es seguro hacer un análisis conductual de la cadena de acontecimientos para ver cuándo la tarea *pudo* haber ocurrido. Una forma sencilla de comenzar es preguntar si el cliente ha recordado –o pensado en– la programación de la tarea en cualquier momento de la última semana, especialmente si es la primera programación y/o el cliente acaba de empezar la terapia. Cuando se pide al cliente que recuerde cada momento de su última semana, a menudo este se da cuenta de que sencillamente nunca se le ha ocurrido realizar la tarea después de salir del consultorio del terapeuta.

Dependiendo de lo que el cliente piense que es más útil, puede utilizar una señal visual (por ejemplo, poner algo junto a la puerta, junto a la cama, el escritorio, o dejar un *Post-it* en un lugar visible) o una señal auditiva (por ejemplo, dejar un mensaje de voz, configurar una alarma o un temporizador) para recordar la tarea. Puede que sea necesario que el cliente o el terapeuta tomen nota de la tarea durante la sesión para que así no haya confusiones y se pueda minimizar ese despiste o falta de memoria. Un cliente, que solía olvidar las tareas porque su agenda estaba completa y tenía leves dificultades de concentración como resultado de la depresión, configuró el teléfono móvil para que le avisara durante la sesión de terapia y le recordara las tareas concretas de la terapia. Para los clientes con depresión grave puede resultar útil realizar una breve comprobación telefónica con el terapeuta entre las sesiones para asegurarse de que el plan establecido durante las sesiones sigue siendo asequible para ellos. El compromiso de comunicarse con el terapeuta puede aumentar también la probabilidad de conclusión de la tarea, por lo que la comprobación telefónica puede tener el doble propósito de mejorar la memoria y de hacer más probable la finalización de la actividad.

Problemas en la gestión de las contingencias

Si no tenemos una comprensión precisa de los antecedentes y de las consecuencias, estaremos ante otro de los problemas frecuentes que pueden obstaculizar los planes de acción bienintencionados. Una concreción conductual pobre, una pobre valoración, o las dos, son elementos que pueden estar en cuestión. La gestión de las contingencias no es más que la planificación del entorno inmediato de forma que se maximice la probabilidad de las consecuencias deseadas.

Supongamos, por ejemplo, que el terapeuta revisa la tabla de actividades y ve que su cliente obtiene un estímulo en su estado anímico cuando ve escaparates. Una hipótesis razonable que merece la pena analizar sería que el mirar escaparates es una conducta que habría que aumentar, dado que probablemente mejora el estado anímico y se puede seguir realizando en nuevas ocasiones. Se analiza con la cliente esta posibilidad con el fin de acordar que vaya a ver escaparates tres veces a lo largo de la semana. La cliente regresa con su tabla de actividades solo para mostrar que, aun cuando completó la programación, su estado anímico en realidad empeoró cada vez que fue a ver escaparates. Esta vez, el terapeuta valora con más atención el contexto de la actividad, incluyendo el momento del día en que se produce y lo que sucede en el entorno durante su regreso a casa. El terapeuta descubre que esta semana (a diferencia de la anterior) la cliente fue a ver escaparates por la tarde antes de preparar la cena –lo cual era su rutina típica– y provocó un retraso en la hora de la cena. Cuando regresó a casa, se encontró con unos niños malhumorados y se sintió cansada y abrumada. El conocimiento del contexto y de las consecuencias de la conducta aportó información que el terapeuta y la cliente pudieron utilizar para determinar un momento más apropiado del día que no la agotara o que no irritara a nadie que estuviera en casa de la cliente. Este es un buen ejemplo de dónde puede resultar útil la programación de las tareas, y la detección de problemas antes de lo previsto, para asegurar que las consecuencias de una actividad o conducta determinada serán de hecho una recompensa para el cliente. En este caso, la detección de posibles problemas podría consistir simplemente en las siguientes preguntas: «¿Habrás algún

impedimento para que puedas ir a ver escaparates? ¿Hay algo que dificultaría o facilitaría esta actividad si vas en el momento que hemos planeado?». La detección de posibles problemas nos da la oportunidad de concebir nuevas actividades que podemos realizar durante la semana y la oportunidad de revisar otras actividades que no son coherentes con el bienestar o los objetivos.

A veces, los problemas surgen debido a las contingencias que implican beneficios secundarios que el terapeuta desconoce. Los procesos judiciales sin resolver o las reclamaciones por incapacidad podrían incluirse en esta categoría. El análisis de las dificultades de los objetivos en conflicto (por ejemplo, sentirse mejor emocional y psicológicamente *contra* llegar a un acuerdo) podría ayudar a reducir la influencia del conflicto. Los clientes que se encuentran en estos dilemas no están intentando necesariamente engañar al terapeuta en este aspecto; los propios clientes no logran a veces apreciar todas estas contingencias que pueden incidir en una conducta determinada. Las relaciones interpersonales en las que el cliente recibe una atención adicional de su compañero por una conducta que de lo contrario sería problemática (como quedarse en la cama) son un ejemplo de cómo las contingencias pueden dificultar el cambio en el cliente mientras este permanece fuera de su percepción consciente. A veces, los terapeutas de AC invitan al compañero o compañera del cliente a asistir a algunas sesiones de terapia para analizar estas mismas cuestiones con el fin de poder contar con su importante ayuda a la hora de cambiar las contingencias.

Problemas con las conductas condicionadas desde el punto de vista clásico

Muchos clientes que presentan un cuadro depresivo han sufrido importantes pérdidas en sus vidas, a veces de naturaleza traumática. Una respuesta común al trauma consiste en afirmar que las situaciones actuales pueden ser los indicadores de la angustia producida por el acontecimiento traumático original y por lo general se responde a ellas mediante la evitación. Diferentes respuestas puede ser emparejadas con diferentes indicadores que dan como resultado repertorios

conductuales limitados o de evitación. El deseo imperioso de beber, por ejemplo, suele estar condicionado de manera clásica con indicadores tales como personas, lugares o situaciones concretas. El análisis exhaustivo de los antecedentes y de las consecuencias de la conducta revelará si una conducta es una respuesta automática a un indicador concreto. Por ejemplo, un cliente empezaba un periodo

Tabla 8.1. Detección de problemas y desarrollo de soluciones

Cuando en la AC surgen dificultades con la detección de problemas y el desarrollo de soluciones, los terapeutas deberían considerar las siguientes directrices:

- Mantener una actitud imparcial, sin juicios de valor, cuando el cliente tiene problemas con la activación.
- Considerar los factores contextuales que han influido en las actividades y los obstáculos que impiden el éxito.
- Valorar los posibles problemas que surgen en la activación:
 - El cliente no ha entendido la programación o la tarea.
 - El cliente podría necesitar que las tareas estén graduadas de un modo más controlable para dar los primeros pasos hacia el cambio.
 - El cliente podría necesitar un entrenamiento de sus habilidades antes de intentar realizar una nueva tarea (por ejemplo, asertividad, gestión del tiempo, etcétera).
 - El cliente podría necesitar una formación específica para completar la monitorización de las tareas (por ejemplo, anotarlas de forma detallada, identificar emociones concretas o la intensidad del estado anímico).
 - Es posible que el cliente no tenga suficientes indicadores que le recuerden su tarea.
 - Podría haber contingencias en conflicto que obstaculicen la realización de la tarea por parte del cliente.
 - El cliente podría tener respuestas condicionadas que interfieren en la realización de la tarea asignada (por ejemplo, el cliente que experimentó un difícil conflicto con algún vecino de un barrio se siente de repente emocionalmente agobiado cuando intenta cumplir la tarea asignada de inscribirse en un curso que se imparte en un edificio de ese barrio, porque el propio vecindario se ha convertido en un estímulo condicionado para la tristeza, pues desencadena recuerdos de pérdida).
- ¿Necesita el plan un pequeño retoque?

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

extenso de abuso del alcohol cada vez que salía a cenar con compañeros en un bar con asador de la localidad. El rendirse al deseo de beber podría ser mantenido por medio de un refuerzo positivo mediante la embriaguez o por el aumento de la cordialidad y de la aprobación recibida de otro amigo bebedor. El refuerzo negativo puede entrar en juego también aquí en la medida en que la bebida proporciona un alivio o posibilita la evitación de algo aversivo en el entorno interno (por ejemplo, los estados anímicos) o en el entorno externo (por ejemplo, una interacción interpersonal negativa). Si somos conscientes de que una conducta problemática sucede de manera automática como respuesta a algún tipo de estímulo o indicador del entorno, el terapeuta podrá utilizar la resolución de problemas para ver si dichos indicadores pueden ser modificados por completo a través de un proceso como la insensibilización o deben ser evitados con el fin de fomentar una conducta más funcional.

Resumen

Como era de esperar, en la terapia aparecen problemas en la activación, pero estos problemas son considerados como una oportunidad para aprender más sobre el cliente. La Tabla 8.1 proporciona al terapeuta sugerencias para la detección de problemas que podrían surgir durante la terapia. Según nuestra experiencia, los problemas descritos en este capítulo son bastante frecuentes y una vez valorados podrán ser abordados mediante una detección eficaz de los mismos. Sin embargo, si no hay una valoración meticulosa, tal vez pasemos por alto estos problemas y, como resultado de ello, es fácil que fracasen los planes de activación. La anticipación y el conocimiento de cómo valorar y abordar estos problemas frecuentes pueden ayudar mucho a avanzar hacia la consecución de soluciones eficaces para los clientes.

9

La unión de todos los elementos: prevención de recaídas y actuación después de la terapia

«No puedes cambiar el pasado, pero el futuro está aún en tus manos».

Mary Pickford (1892-1979)

Cuando Alicia completó dieciocho sesiones de terapia, ella y Beth comenzaron a hablar sobre el fin del tratamiento. Desde el comienzo de este, Beth había destacado la importancia de que Alicia aprendiera estrategias y de que hiciera cambios en su vida que le ayudaran a sentirse mejor a partir de ese momento y a protegerse de la depresión volviendo a mirar hacia el futuro. A medida que llegaban a la decimoctava sesión, el interés por cómo Alicia podría cuidar de sí misma a largo plazo se hizo aún más notable.

Beth y Alicia revisaron los informes de esta última sobre la gravedad de su depresión desde el inicio de la terapia. Aunque el nivel de gravedad había fluctuado a lo largo del tratamiento, su puntuación en el Inventario de Depresión II de Beck se había situado en la franja de la «no depresión» durante las tres últimas sesiones. Su puntuación en la escala de ansiedad era ligeramente elevada, pero Alicia manifestó cierta confianza a la hora de hacer frente al miedo. Tam-

bién expresó que había usado con frecuencia las habilidades que había aprendido como alternativas a la rumiación. En conjunto, Alicia señaló que se sentía aliviada de su depresión, que era más capaz de gestionar sus «días bajos», y que estaba realizando importantes cambios en su vida. Además de aumentar el contacto con sus amigos, ella y un amigo estaban considerando la idea de ir a vivir juntos a un barrio más bonito. Para seguir en contacto con los demás, pasaba más tiempo en la oficina en vez de trabajar desde casa. Alicia realizaba las tareas domésticas básicas y daba paseos diarios con su perro. También había desarrollado estrategias para tratar de forma directa con su jefe en vez de evitar los temidos conflictos. Como en las últimas sesiones el trabajo había sido un problema importante y Alicia todavía quería encontrar una mejor situación laboral a largo plazo, ella y Beth comenzaron a actualizar su currículum y dialogaron sobre cómo buscar un nuevo empleo activamente.

Con respecto a su futuro, Alicia manifestó una sensación de optimismo cauteloso. Sin embargo, también sabía que es probable que las personas que han experimentado un episodio depresivo grave tengan otro, y a ella le preocupaba experimentar otra depresión. Cuando ella y Beth se preparaban para la fase final de la terapia, el tema de la recaída y de la prevención se convirtió en el principal centro de interés. Juntas revisaron cuidadosamente lo que había ayudado a Alicia en la terapia, incluyendo las nuevas habilidades que había aprendido y los cambios vitales que había experimentado, y se centraron en el futuro para identificar posibles áreas de vulnerabilidad y cómo Alicia podía hacerles frente de manera eficaz.

Introducción

La AC sigue un curso lógico a lo largo del tiempo. En las primeras sesiones, el terapeuta se centra en la presentación del modelo de tratamiento y en el desarrollo y la clarificación de la conceptualización del caso. También se hace mucho hincapié en la auto-monitorización por parte del cliente, principalmente con tablas de monitorización de actividades y del estado anímico. El terapeuta y el cliente realizan

hipótesis de forma activa sobre qué conductas podrían ser antidepresivas y se centran en que el cliente contacte con los reforzadores positivos del entorno natural. De este modo, los terapeutas y los clientes fijan como objetivo y de forma directa los problemas secundarios, como la retirada o la evitación, que con frecuencia fomentan y empeoran la depresión. El abordar los problemas secundarios como objetivos iniciales puede hacer posible que los clientes rompan el ciclo de la depresión, de modo que los problemas primarios sean más fáciles de gestionar. Para algunos clientes, es posible que estos problemas secundarios sean los únicos objetivos del tratamiento; sin embargo, para muchos, los problemas primarios (como la necesidad de un nuevo trabajo) son abordados también en el tratamiento.

A lo largo de todo el proceso de tratamiento, los terapeutas actúan como entrenadores que acompañan a los clientes durante el proceso de aproximación, de resolución de problemas y de introducción de cambios en la vida. Juntos, terapeutas y clientes estructuran y programan actividades que pueden tener consecuencias antidepresivas. Siempre surgen obstáculos para los cambios, como la tendencia que tienen las personas a adoptar conductas de evitación o a pensar de un modo rumiativo. Los terapeutas afrontan dichos desafíos como oportunidades para un nuevo aprendizaje, adoptando una actitud de resolución de problemas en la que no existen los juicios de valor. De este modo, la AC implica la aplicación reiterada de los siguientes elementos: monitorización, estructuración y programación de actividades, resolución de problemas y detección de los mismos.

En nuestros estudios de investigación clínica, estas fases del tratamiento tienen lugar generalmente mediante veinticuatro sesiones como máximo. Otros modelos afines a la AC han utilizado periodos de tratamiento más cortos, como el tratamiento de las 8-15 sesiones (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003). Durante el tratamiento, es importante maximizar la probabilidad de que el cliente mantenga nuevos patrones de activación y de implicación que siguen al tratamiento. De este modo, cuando la terapia está casi a punto de terminar, a menudo es beneficioso revisar y consolidar lo que ha resultado útil y anticipar desafíos futuros que pueden incrementar el riesgo de recaída. Analicémoslo a continuación más detenidamente.

La importancia de la prevención de recaídas

Dada la naturaleza recurrente del trastorno depresivo mayor, es importante que todos los tratamientos para la depresión reduzcan la angustia y proporcionen protección contra la recaída. Por esta razón, la prevención de la recaída es programada en la AC desde el inicio y es cada vez más un centro de interés constante en las sesiones a medida que el tratamiento llega a su fin. En este apartado, revisaremos los componentes fundamentales de la AC que son relevantes para la prevención de las recaídas. En primer lugar, analizaremos la importancia de la generalización, que se encuentra entrelazada inextricablemente en todas y cada una de las sesiones de la AC. En segundo lugar, analizaremos las estrategias específicas que el terapeuta puede emplear para abordar de manera directa el tema de la prevención de las recaídas. Muchas de estas estrategias son coherentes con los principios de la prevención de recaídas expresados por Marlatt y Gordon (1985) para el abuso de sustancias y que posteriormente fueron adaptados para la depresión (Wilson, 1992). Entre las estrategias fundamentales se incluyen la identificación de los componentes de las conductas antidepresivas, la extensión de la activación a otros contextos vitales, la identificación y preparación para situaciones de alto riesgo, y la utilización de sesiones de refuerzo y mantenimiento.

Generalización

La transferencia de la formación o aprendizaje –o «generalización»– es un factor importante en cualquier tratamiento o programa conductual. Cuando se generaliza una habilidad que se ha desarrollado en un contexto, esto significa que se transfiere a otros contextos. Inculcar la habilidad de transferir a un contexto lo que se ha aprendido en otro contexto es un componente fundamental en cualquier programa de prevención de recaídas. Hace posible que el cliente responda de forma efectiva cuando se le presentan nuevas situaciones que en su momento pudieron haber provocado la depresión.

Los conductistas suelen diferenciar entre dos tipos de generalización: la generalización de estímulo y la generalización de respuesta (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1991). La generalización de estímulo tiene lugar cuando se produce la misma respuesta en presencia de diferentes factores contextuales. Por ejemplo, si William, que tiene un nivel moderado de ansiedad social y timidez, desarrolla con su terapeuta la habilidad de hablar de manera asertiva y luego se comporta de forma parecida con su compañero de trabajo y se mezcla de buen grado con varias personas en una fiesta, diríamos que su conducta asertiva se ha generalizado ante estímulos diferentes. La generalización de respuesta, el segundo tipo de generalización, hace referencia a los casos en los que la propia respuesta cambia su naturaleza con el paso del tiempo y en distintos contextos. Por ejemplo, aunque la conducta de William se ha generalizado, podría haber manifestado a su terapeuta con gran claridad lo siguiente: «Preferiría que nos reuniéramos a las 15:00 y no a las 21:00, porque es mejor para mi agenda». Después podría haber dicho a su compañero de trabajo lo siguiente: «He estado tratando de preguntarte si el jueves podrías cambiarme el turno de trabajo». Con el terapeuta, William fue directo, fue al grano, y su conducta asertiva se generalizó con el compañero de trabajo, con el cual William fue menos directo aunque siguió siendo asertivo. Después utilizó las mismas habilidades de asertividad para presentarse a los invitados a una fiesta. De este modo, la conducta se generalizó ante diferentes estímulos –el terapeuta, el compañero de trabajo y los invitados a la fiesta–, pero la topografía de la conducta también se generalizó y parecía ligeramente distinta en los diferentes contextos.

Hay varios métodos para la incorporación de la generalización al programa de desarrollo conductual (Stokes y Bar, 1977). Un elemento fundamental para muchos es el que incluye la utilización de un abanico de modalidades de formación en diferentes marcos físicos y con distintas personas. Estos métodos confirman la posible generalización de la nueva conducta en escenarios más naturalistas (por ejemplo, Martell, 1988). Como la terapia tiene lugar en un escenario clínico (generalmente en el consultorio del terapeuta), no en un

entorno naturalista, un aprendizaje de este tipo puede suponer todo un desafío. Por esta razón, los tratamientos conductistas y cognitivo-conductistas como la AC dan mayor peso a las tareas asignadas al cliente. La AC pone el acento en lo que hace el cliente en su vida diaria, más que en lo que sucede en el consultorio del terapeuta. Mediante la utilización de la tarea asignada, la AC incorpora la formación en múltiples escenarios pidiendo al cliente repetidas veces su implicación en actividades concretas. Lo más probable es que la generalización tenga lugar cuando las actividades se realizan en distintos contextos (por ejemplo, en distintos momentos del día, en variados escenarios físicos, con personas diferentes). Además, la integración de nuevas conductas en las rutinas puede facilitar la generalización. Nuestra experiencia con la AC sugiere que, cuando aumenta la capacidad del cliente para generalizar su conducta adaptativa, se reduce la probabilidad de una recaída.

También podemos contar con las familias y otras personas importantes para el cliente como elementos que pueden contribuir a la generalización. Lo más probable es que la generalización se produzca cuando las nuevas conductas antidepresivas del cliente (por ejemplo, salir con amigos o terminar las labores domésticas) se ven reforzadas por otras importantes y cuando las conductas depresivas (por ejemplo, quedarse en la cama) son eliminadas.

Componentes del antidepresivo conductual

Una actividad que puede prevenir la recaída consiste en estimular al cliente a elaborar su propio manual, una guía basada en lo que ha aprendido en la AC. A menudo pensamos en esto como si fuera un listado de los componentes del propio antidepresivo conductual de cada cliente. Para muchos clientes, este manual consiste en una sola hoja de papel en la que enumeran las actividades que han considerado útiles a lo largo del tratamiento. Algunos clientes podrían incluir una carpeta de sus tablas de actividades y de sus diarios. Se puede animar también a los clientes que toman notas durante las sesiones de terapia a que realicen un resumen de todos estos puntos en su

Figura 9.1. Cuaderno de Alicia y plan para la posterapia

-
- **¿Qué contextos aumentan mi vulnerabilidad a la depresión?**
Vivir en un entorno que no me gusta.
Dejar de estar en contacto con amigos.
Tener un trabajo para el que poseo mayor titulación que la exigida.
Recordar los momentos difíciles del pasado y que no puedo cambiar.
 - **¿Qué conductas contribuyen a que continúe el ciclo de la depresión?**
No llamar a mis amigos ni devolver llamadas de teléfono.
Reducir mi actividad física y decirme a mí misma: «Estoy demasiado cansada».
Reducir el ritmo de las tareas rutinarias, especialmente la limpieza del piso.
Decirme a mí misma muchas veces al día: «Esto es totalmente agobiante».
Evitar actividades sociales como ir a la iglesia.
Trabajar en casa durante demasiados días seguidos.
Evitar a las personas con quien estoy frustrada.
 - **¿Qué conductas antidepresivas necesito mantener o incrementar?**
La principal es la implicación social. Debo estar en contacto con mis amigos, aunque me sienta deprimida y solo sea capaz de llamar a un amigo y charlar durante unos pocos minutos. No necesito hablarle sobre mi depresión, pero puedo preguntarle cómo le van las cosas. Puedo decir que estoy pasando por un momento malo, pero no tengo por qué divulgar los detalles.
Mantenerme físicamente activa y hacer cosas con las que disfruto son actividades realmente importantes –por ejemplo, sacar a pasear al perro o trabajar en el jardín.
También debo mantener limpio mi piso.
Ir a la iglesia de vez en cuando es también positivo para mí.
Ir a la oficina para trabajar es también mejor para mí que trabajar en casa cuando me encuentro deprimida o cuando estoy empezando a sentirme deprimida.
Utilizar la resolución de problemas para resolver los conflictos que se producen en el trabajo o hablar sobre ellos con un amigo.
Dividir en unidades más pequeñas las tareas que me resultan agobiantes, y realizarlas paso a paso.
Cuando estoy angustiada, me resulta útil pararme a pensar antes de hablar.
 - **¿Qué puedo hacer para aumentar las oportunidades de seguir adoptando conductas antidepresivas?**
Realizar una programación diaria en la que cada mañana anoto las principales actividades que pueden ayudar a mi estado anímico y que realizaré ese día.
Apuntarme a un gimnasio para desarrollar mi programa de ejercicio físico.
Decir ahora a mi jefe que iré a trabajar todos los días laborables, aunque a mí me venga bien trabajar en casa.
Trabajar como mínimo cinco horas al día para que la carga de trabajo no se acumule.
Programar reuniones semanales con mi jefe con el fin de tener la oportunidad de abordar conflictos si estos se producen.
Contactar al menos con un amigo cada semana. Decir a dos amigos que me he comprometido a esto y pedirles que lo comprueben conmigo.
Durante los meses de primavera, verano y otoño, iré al huerto como mínimo una vez cada fin de semana, cuando el tiempo lo permita.
-

manual. Los Apéndices 2 y 3 proporcionan ejemplos de cuestiones que pueden ayudar a los clientes a resumir lo que han aprendido a lo largo del tratamiento y a afrontar en el futuro el riesgo de la depresión. Tal y como se ilustra en la Figura 9.1, la lista de Alicia incluía los principales métodos de activación que había puesto en práctica durante el tratamiento. Estos manuales deben ser confeccionados para adaptarse a las necesidades y preferencias de cada cliente, y el «Bloc de notas y plan después de la terapia» del Apéndice 3 se puede modificar para que encaje en las necesidades o preferencias del cliente. La principal tarea para el terapeuta de AC es ayudar a revisar los componentes del tratamiento que han resultado ser útiles para el cliente, incluidos los principios concretos analizados en el capítulo 2 y también estrategias concretas como la utilización del análisis del «ABC» para comprender los antecedentes y las consecuencias de la conducta, actuando «de dentro afuera», en vez de según el estado anímico, y haciendo frente a la evitación y a la rumiación con tareas específicas de activación.

Ampliar la activación a nuevos objetivos y contextos vitales después del fin del tratamiento

Enseñar a los clientes a activarse para hacer frente a la depresión, reconocer y modificar conductas de evitación y practicar rutinas saludables son componentes fundamentales de la AC. Uno de los supuestos básicos de la AC es proteger a los clientes de las recaídas mediante la realización de cambios que les ayuden a construir vidas antidepresivas. Aunque para la mayoría de los clientes la mayor parte de este trabajo tiene lugar durante la terapia, después del fin de la terapia se seguirán produciendo cambios importantes para los que será necesario realizar esfuerzos.

Cuando los clientes han experimentado síntomas de alivio, cuando aumentan el número de actividades y cuando modifican las conductas de evitación, entonces podrían estar preparados para abordar problemas más graves en el contexto de sus vidas. Por ejemplo, al principio de la terapia, Alicia y su terapeuta supieron cómo evitar muchas

actividades que empeoraban su sentimiento de culpabilidad y de aislamiento. A medida que avanzaba la terapia, Alicia aprendió que dar pequeños pasos hacia objetivos importantes cuando se sentía deprimida era mejor que no dar ningún paso. Adoptó el nuevo hábito de llevar a su perro a dar paseos cortos y hablar de manera informal con otras personas del barrio que también sacaban a pasear a sus perros, y comenzó a llamar a sus amigos simplemente para que lo comprobaran. Alicia trabajó de todas estas formas para cambiar el problema de aislamiento y soledad característico de su vida social. A medida que avanzaba la terapia, también comenzó a abordar los problemas de su contexto laboral. Beth ayudó a Alicia a identificar los tipos de trabajos que a esta última le gustaría conseguir, el salario que consideraba que le permitiría trasladarse a un barrio que fuera de su agrado, y las opciones económicas de formación que actualizarían las capacidades de Alicia y que aumentarían sus títulos de cara a trabajos interesantes. Aunque Alicia comenzó esta tarea durante las últimas fases de la terapia, también fue fundamental para Beth el ayudarle a continuar haciendo estos esfuerzos después del fin de la terapia.

Es importante que el terapeuta ayude al cliente a evaluar qué cambios podrían ser necesarios en los múltiples contextos vitales a fin de asegurar a largo plazo tanto el bienestar como un estado anímico positivo. Podemos tener en cuenta las relaciones interpersonales, el trabajo, los ámbitos recreativos y educativos, y los temas económicos y domésticos. El terapeuta puede ayudar al cliente a empezar a identificar los objetivos y los pasos para alcanzar esos objetivos en estos campos de la vida del cliente. En las últimas sesiones, por ejemplo, Beth y Alicia identificaron los pasos importantes que podrían ser necesarios para encontrar el trabajo que más quería y lo que era necesario para asegurar dichos pasos después de la terapia. También empezaron a analizar los cambios a largo plazo que Alicia deseaba para desarrollar sus relaciones interpersonales. ¿En qué aspectos estaba satisfecha o insatisfecha con su vida social? Alicia analizó la esperanza que tenía de encontrar algún día un compañero romántico, tal vez casarse y tener hijos. Aunque esta posibilidad parecía estar muy lejana para Alicia, a veces describía una sensación

de soledad cuando veía familias que disfrutaban en el parque o en un restaurante. Expresó el deseo de tener estas relaciones personales en su vida más adelante. «Sé que ahora no me encuentro en esa situación», explicó a Beth, «pero una vez que haya resuelto todo esto—mi trabajo, el lugar donde vivo, todo aquello sobre lo que hemos estado trabajando—, sé que también quiero tener una familia en mi vida». Las dos analizaron cómo adoptaría Alicia las nuevas conductas que había aprendido a la hora de responder a sus amigos, a su jefe y a sus compañeros de trabajo en el contexto de búsqueda de relaciones personales.

Identificar situaciones de alto riesgo y prepararse para ellas

En la preparación del final de la AC, es fundamental la identificación de las posibles situaciones de alto riesgo para los clientes, ya que podrían aumentar la vulnerabilidad de estos ante futuras recaídas. Entre las preguntas clave que podemos hacer sobre dichas situaciones tenemos, por ejemplo: «¿Cuándo es más probable que esto suceda? ¿Qué se puede hacer (si es que se puede hacer algo) para evitar que esto suceda? Si esto sucede, ¿cuáles son las posibles consecuencias y qué se puede hacer para reducir su influencia?» (Wilson, 1992, pág. 147).

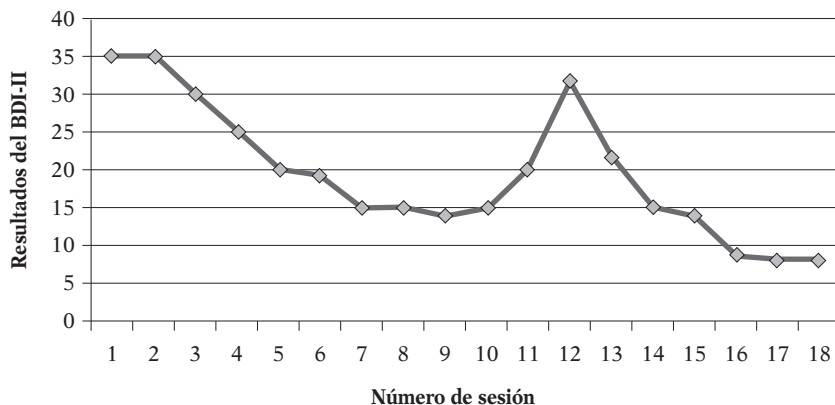
Volver a la formulación del caso puede ser de gran ayuda en el proceso de identificación de situaciones de alto riesgo. Los acontecimientos vitales que precedieron a los episodios depresivos previos pueden aportarnos las pistas para futuras y posibles situaciones de alto riesgo. Analicemos la experiencia de Alicia. Tres desencadenantes de la depresión de Alicia fueron el hecho de que fuera despedida de su trabajo, de que aceptara un trabajo de menor categoría y que ella consideraba aburrido, y de que se mudara a un piso pequeño. Estas situaciones indican que Alicia podría ser sensible a circunstancias que implican una pérdida de estatus, la posible crítica de amigos o familiares, o una reducción de su capacidad de obtener recompensas basadas en el esfuerzo (por ejemplo, si estuviera enferma o lesionada y no pudiera trabajar en el jardín o dar paseos). Tampoco se sentía contenta con respecto a su calidad de vida, ya que el piso era

pequeño, se encontraba en un barrio no deseado y que le recordaba un lugar en el que había vivido cuando iba a la universidad –le parecía que había dado un paso hacia atrás–. Además, las situaciones que eran fuertes recordatorios de los acontecimientos que habían tenido lugar antes en su vida –por ejemplo, el recuerdo de las fuertes emociones con respecto a la relación inicial con su madre– también podrían ser de alto riesgo para ella. Alicia y Beth identificaron su vulnerabilidad ante estos tipos de contextos y aclararon las situaciones de alto riesgo que podrían tener como resultado estos tipos de pérdidas y ejercer una influencia negativa similar en el futuro.

El desarrollo típico de la AC ayuda a los clientes a generar una gran cantidad de información, la cual puede aportar las respuestas a preguntas relacionadas con la lucha futura contra la depresión. Una revisión de las tablas de monitorización de las actividades pone de manifiesto situaciones que están más íntimamente conectadas con estados anímicos depresivos o con otros estados anímicos negativos. Estos datos pueden ser de gran ayuda a la hora de programar situaciones futuras, y los terapeutas pueden revisar algunas de estas situaciones en las últimas sesiones como recordatorio para los clientes. Por ejemplo, el cliente cuya tabla de actividades continuó mostrando patrones de un estado anímico depresivo a mediodía durante los fines de semana, cuando se encontraba solo en casa viendo la televisión, podría poner en la lista un momento de ocio no estructurado como situación de riesgo.

Los terapeutas pueden expresar también mediante gráficos las fluctuaciones de los síntomas, utilizando los resultados procedentes de medidas objetivas como son el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y pueden analizar los patrones observados durante el tratamiento. La Figura 9.2 presenta los resultados procedentes del BDI-II de Alicia durante dieciocho sesiones de terapia. Cuando Beth le presentó el gráfico, las dos dialogaron brevemente sobre el patrón de los resultados, sobre los momentos concretos durante el tratamiento en los que su estado anímico empeoró, y sobre lo que se podía aprender a partir de todo esto con el fin de anticipar futuros riesgos y estrategias eficaces.

Figura 9.2. Resultados del BDI-II de Alicia a lo largo de dieciocho sesiones.



BETH: Alicia, he incluido en este gráfico los resultados de los cuestionarios que has completado en cada una de nuestras sesiones. Tengo curiosidad por cualquier impresión que tengas cuando les eches un vistazo.

ALICIA: ¡Parece mucho mejor ahora que cuando vine por primera vez!

BETH: ¡Estoy de acuerdo! Ha sido un gran cambio a lo largo del tiempo. ¿Observas algo en particular que te sorprenda cuando revisas los patrones de conducta a lo largo del trabajo que hemos realizado juntas?

ALICIA: No hay nada que me sorprenda, pero parece que las cosas empeoraron durante unas semanas.

BETH: A mí también me ha impresionado. De hecho, he vuelto a mirar mis anotaciones antes de la sesión de hoy. Durante el periodo en el que tus resultados eran más altos, alrededor de la sesión número 12, manifestaste que tenías la sensación de «dejarte llevar por la inercia» y evitaste ir a varios acontecimientos.

ALICIA: Lo recuerdo. ¿Fue entonces cuando no asistí a una sesión?

BETH: Sí, fue cuando tuviste esa experiencia estresante en el trabajo y luego pasaste el día en la cama.

ALICIA: Fue realmente duro. Me sentí realmente mal durante esos momentos.

BETH: Sí, estoy pensando que una de las cosas que podemos aprender de este gráfico es cómo identificar de qué modo concreto tu estado anímico puede ser vulnerable en el futuro y qué puedes hacer al respecto.

ALICIA: Bien, creo que fue cuando mi jefe estuvo realmente severo después de que yo fastidiara aquel proyecto.

BETH: Entonces, si no alcanzas objetivos importantes y si recibes una retroalimentación negativa de los demás, es cuando podrías ser especialmente vulnerable. ¿Quieres hacer una lista de estos objetivos? ¿Por qué no lo anotas?

ALICIA: Es una buena idea. Ya sabes, también es cierto que el hecho de quedarme en casa y no recibir la terapia tampoco fue la mejor idea.

BETH: También yo estaba pensando en eso. Hemos hablado bastante sobre cómo la retirada y la evitación pueden iniciar el ciclo de la depresión y cómo pueden prolongarla en el tiempo. Estoy pensando en que probablemente te sentirás peor si te quedas en la cama o evitas compromisos sociales –como ha sido la terapia, pero también podrían ser los planes con amigos o compañeros de trabajo, ¿verdad?

ALICIA: Supongo que ese es probablemente el caso. Recuerdo que me sentí más deprimida después de no hacer las cosas.

BETH: Entonces, esto puede ser algo que has de tener en cuenta en el futuro. Cuando estás en uno de esos momentos vulnerables, como cuando recibes una retroalimentación crítica, el hecho de continuar implicándote en vez de evitar las cosas es aún más importante. Hablemos sobre las actividades concretas que has aprendido a utilizar con el fin de recibir ayuda para implicarte en esos momentos. ¿Te viene alguna a la mente?

ALICIA: Sí, probablemente dar pequeños pasos.

BETH: ¡Desde luego! Incluso si necesitas dividir las actividades en partes mínimas, en vez de recaer del todo en la evitación, puedes evitar retroceder a un estado anímico depresivo. Además, creo que lo que hemos hablado sobre la atención a la experiencia y no a la rumiación podría ayudarte en los momentos en los que te apetece «dejarte llevar por la inercia».

ALICIA: Sí, estoy de acuerdo. También anotaré todo esto.

Una vez que se han identificado varias situaciones, el terapeuta y el cliente trabajan juntos para identificar las formas en que se pueden aplicar las actividades conductuales antidepresivas. Para muchos clientes, la resolución activa de los problemas realizada a lo largo de la terapia es probablemente un componente fundamental. No es necesario pedir a los clientes que imaginen todos los acontecimientos dolorosos que puedan, pero si existe una prueba razonable de que determinados acontecimientos sucederán, se deberían planear estrategias de adaptación y se podrían planear métodos con los que el cliente podría reducir la influencia del acontecimiento. El plan debería ser lo más específico posible, teniendo en cuenta lo que ha funcionado durante la terapia, a fin de mantener el bienestar y reducir el riesgo con el paso del tiempo.

Sesiones de refuerzo y espaciadas en el tiempo

A menudo es útil para el cliente saber que puede volver durante breves periodos de tiempo, o «sesiones de refuerzo», en el futuro si ha adoptado de nuevo los antiguos patrones o está experimentando un periodo de recaída depresiva. En concreto, si el cliente comienza a adoptar una conducta de retirada, pierde interés en las actividades y no es capaz de seguir avanzando, este puede ser el momento para volver a conectar brevemente con el terapeuta. Se pueden programar varias sesiones para analizar los actuales factores vitales estresantes, para revisar estrategias que fueron útiles durante el tratamiento original y para establecer una estrategia con la que abordar la situación.

También podría resultar útil la programación de sesiones de mantenimiento. Aun cuando no hay datos para la AC, hay otros tratamientos cognitivos y conductuales que han utilizado las sesiones de mantenimiento con resultados positivos (Jarrett, Vittengl y Clark, 2008). Desde este punto de vista, podría resultar útil el hecho de aumentar el marco temporal entre las sesiones cuando el cliente se acerca al final del tratamiento de AC. El espaciado de las sesiones permite al cliente disponer de más tiempo para practicar estrategias que le han sido útiles y volver a continuación junto con el terapeuta a la detección de las dificultades experimentadas. El espaciado de las

últimas sesiones de la terapia puede permitir también la aparición de un abanico más amplio de situaciones que el cliente deberá abordar. Los encuentros espaciados con el terapeuta aportan nueva energía en la planificación de estrategias para continuar implicándose y activándose, en vez de adoptar una conducta de evitación y de retirada de las situaciones difíciles.

¿Hacia dónde nos encaminamos desde aquí?

El interés por la AC y por los tratamientos conductuales se ha expandido rápidamente en los últimos años. La investigación clínica sobre la AC ha aportado la prueba añadida de que el primer enfoque conductual de Lewinsohn (1974) y de sus colegas (Lewinsohn et al., 1985) estaba en la buena pista con respecto al esfuerzo para tratar la depresión. Como la reproducción es el sello de una sólida investigación científica, merece la pena señalar que los descubrimientos del estudio sobre el análisis de los componentes realizado por Jacobson y sus colegas (1996) en relación a la activación conductual y a la terapia cognitiva, fueron reproducidos en el estudio sobre el tratamiento para la depresión realizado por Dimidjian y sus colegas (2006). La confianza en la eficacia de la AC aumentará cuando estos hallazgos sean aplicados también en nuevos escenarios, con nuevos clínicos y pacientes, y por investigadores que no han participado en el desarrollo del tratamiento.

Aún quedan muchas cuestiones importantes sobre la AC que habrán de ser abordadas por futuras investigaciones. Por ejemplo, como hay menos técnicas en la AC que en otros tratamientos para la depresión, es posible que a la comunidad clínica le resulte más fácil aprenderlas y divulgarlas. La comprobación empírica de esta hipótesis está a la espera de investigaciones futuras. Poco es también lo que sabemos sobre cómo la AC logra sus efectos. Los mecanismos del cambio son difíciles de identificar. Es posible que los clientes de AC aprendan nuevas reglas como, por ejemplo: «Cuando estoy deprimido, debería activarme en vez de adoptar una conducta de evitación». Tal vez los clientes de AC aprendan a tomar el control activo de sus

vidas de formas que les ayuden a lograr beneficios inmediatos y a protegerse en el futuro. Puede ser crucial el desarrollo de otras habilidades, como el establecimiento de objetivos y la secuenciación de las tareas. Es posible que el cambio cognitivo sea crucial y que el mejor modo de cambiar una opinión sea a través del cambio de la experiencia y de la conducta (Bandura, 1977; Hollon, 2001). No hay duda de que la AC tiene importantes efectos en los índices neurales y en otros índices biológicos que las futuras investigaciones deberían analizar.

Hay muchas aplicaciones nuevas de la AC que también han de ser desarrolladas. Actualmente los investigadores están realizando pequeños ensayos clínicos utilizando la AC para abordar problemas como, por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático (Jakupcak et al., 2006; Wagner, Zatzick, Ghesquiere y Jurkovich, 2007), y en el futuro se podría corroborar la utilización de la AC como una intervención transdiagnóstica. Los investigadores están analizando también la aplicación de la AC dentro de un marco multicultural. En la actualidad, se está adaptando la AC para trabajar con latinoamericanos (Santiago-Rivera et al., 2008), y el libro de trabajo de Addis y Martell (2004) ha sido traducido al sueco, al danés y al holandés. Aunque las estrategias y los principios básicos de la AC pueden ser útiles en las distintas culturas, es fundamental analizar la necesidad de una especificidad cultural en los métodos que los terapeutas utilizan para conectar con los clientes; los conceptos utilizados y el énfasis en la comprensión individualista frente a la colectiva pueden variar en ese contexto. Los investigadores también están realizando ensayos de AC a lo largo de toda la existencia vital, modificando los protocolos del tratamiento que se utilizan con adolescentes y ancianos.

Finalmente, hay un interés creciente en la aplicación de la AC en el formato de grupo. Estos métodos de carácter grupal tienen un coste, presentan ventajas en la eficiencia y es probable que sean atractivos para la salud mental de la comunidad y para otros escenarios de salud pública. Un breve estudio ha demostrado que la AC puede ser encauzada de este modo (Addis y Martell, 2004) añadiendo una

sesión centrada en la identificación de valores. El texto de Addis y Martell (2004) se ha convertido en el principal vehículo organizador para la mayoría de las sesiones grupales de estos proyectos adaptados. Los estudios futuros analizarán probablemente una variedad de aplicaciones grupales del modelo básico de la AC.

Vivimos en una época emocionante para los investigadores clínicos, una época en que cuestiones de importancia tanto práctica como teórica deben ser investigadas. Sin embargo, los clínicos pueden descansar tranquilos, ya que la AC tiene una larga historia desde comienzos de la década de 1970, y el valor de la activación ha sido recalcado en numerosos tratamientos a lo largo del tiempo. Los principios y las estrategias que hemos presentado son valiosos probablemente para el terapeuta que quiere poner en práctica la AC en su modelo estándar con clientes depresivos. Para los terapeutas que utilizan otros modelos de tratamiento, es probable que los elementos de la AC que hemos analizado tengan también alguna relevancia y aplicabilidad. Por ejemplo, la activación conductual es obviamente una parte fundamental de la terapia cognitiva, y los terapeutas cognitivos pueden hacer hincapié en la activación conductual y pueden confiar en que están aportando una TCC bien fundamentada. Los terapeutas de la aceptación y el compromiso encontrarán probablemente elementos valiosos en sus esfuerzos para promover una acción comprometida con sus clientes. Los terapeutas de la conducta dialéctica encontrarán bastante similitud entre la AC y las estrategias básicas de la Terapia Conductual Dialéctica (TCD) como la valoración conductual, la acción opuesta y la resolución de problemas.

A menudo, al asistir a un taller de AC, los terapeutas reconocen muchas conductas que son coherentes con sus prácticas. Cuando terminen de leer este libro, quizás los lectores reconozcan muchas de las estrategias clínicas que utilizan día tras día. La AC como enfoque autónomo podría ser el tratamiento que muchos clientes depresivos pueden elegir; y para otros, los principios y las estrategias que hemos analizado serán un importante recordatorio para enfatizar los aspectos conductuales del tratamiento mediante una gran variedad de terapias contemporáneas.

La unión de todos los elementos

En este libro hemos abarcado los principios y las estrategias fundamentales de la AC. Si nos preguntaran: «¿Cuál es la única cosa que esperáis que los clínicos recuerden sobre la AC?», nuestra respuesta sería sencilla: «ACTIVATE». Como método sencillo para que los terapeutas sigan la pista de los principios y las estrategias fundamentales que respaldan sus esfuerzos a la hora de activar a sus clientes con habilidad, ofrecemos un último acrónimo: ACTIVATE. En el Apéndice 4 ofrecemos una hoja de referencia breve para los terapeutas. Este acrónimo representa una serie de procesos que son esenciales en la AC. Los terapeutas de AC llevarán a cabo las siguientes acciones a lo largo del tratamiento:

Assess: valorar los factores que contribuyen a la depresión del cliente.

Counter: hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas.

Take: dedicar tiempo a los elementos específicos.

Include: incluir la monitorización.

Validate: validar.

Assign: asignar actividades.

Troubleshoot: detectar problemas y desarrollar soluciones.

Encourage: estimular.

Estas estrategias no deben llevarse a cabo necesariamente en el orden en que se han enumerado aquí. La práctica de la AC no es inamovible ni rígida y los terapeutas harán uso de las intervenciones basadas en los diez principios fundamentales a lo largo del tratamiento. Esta fluidez queda demostrada por el hecho de que los principios fundamentales de la AC enumerados en la Tabla 2.1 no siguen un orden paralelo a las intervenciones enumeradas en el acrónimo ACTIVATE sino que se entrecruzan a lo largo del proceso. A continuación analizaremos cada una de las intervenciones de forma sucesiva.

A: Assess – Valorar los factores que contribuyen a la depresión del cliente

Nunca se insistirá bastante en la importancia de la valoración a lo largo del proceso de la AC. Este elemento de la AC ha sido enfatizado a lo largo de este libro y en otras publicaciones sobre la AC (por ejemplo, Martell et al., 2001). La valoración es un centro de interés primordial en las primeras sesiones y a lo largo del tratamiento. La valoración aborda tanto la frecuencia y el abanico de actividades del cliente como su función. La comprensión de las circunstancias vitales que han contribuido a la depresión del cliente y también el modo en que el cliente ha intentado afrontar la depresión son elementos que aportan una percepción inicial de los posibles objetivos del tratamiento (Principios 2 y 3). El saber qué conductas fijar como candidatas prometedoras para la activación se logra mediante una valoración conductual de los antecedentes y de las consecuencias.

C: Counter – Hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas

La depresión suele ser el resultado de reacciones comprensibles ante acontecimientos negativos de la vida que cambian las contingencias del refuerzo, reduciendo el contacto con los reforzadores o aumentando los problemas vitales. La evitación y la conducta de retirada suelen ser respuestas lógicas a corto plazo. Las emociones tienen un fuerte impulso por sí mismas, y los estados anímicos negativos debilitan a la persona y estimulan los intentos de evitar las situaciones vitales o sentimientos que parecen ser abrumadores. El problema es que estas conductas de evitación y de retirada suelen empeorar las cosas a largo plazo, manteniendo o agravando el estado anímico negativo con el paso del tiempo. Aquí nos retrotraemos al Principio 1 –podemos cambiar cómo nos sentimos si cambiamos lo que hacemos–. El Principio 4 es también clave –estructurar y programar actividades que siguen un plan, no un estado anímico–. La AC funciona para ayudar al cliente a hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas.

Los clientes aprenden a identificar sus patrones de evitación y a tener preparadas estrategias de adaptación alternativas que avalen un acercamiento y una implicación.

T: Take – Dedicar tiempo a los elementos específicos

No se puede exagerar la importancia de la especificidad conductual. Los terapeutas de AC ayudan al cliente a identificar conductas específicas que deben ser fomentadas o reducidas. Las conductas que hay que fomentar son las que probablemente hacen que el cliente contacte con los reforzadores positivos del entorno, y las que hay que reducir son las que hacen que la vida del cliente sea más difícil a largo plazo.

I: Include – Incluir la monitorización

La monitorización de la actividad es el pilar principal de la AC. La tabla de actividades es la herramienta fundamental utilizada para ayudar al cliente a monitorizar sus actividades, el contexto, el estado anímico o las emociones, y la intensidad. La monitorización ayuda a esclarecer el contexto en el que es más probable o menos probable que tenga lugar la conducta del individuo, y también las consecuencias de dicha conducta, cuyo conocimiento es un elemento crítico de la AC. La identificación de estos patrones es el centro de interés principal de la terapia. La monitorización ayuda a informar sobre los planes de acción; sin monitorización de la actividad, es difícil (¡si no imposible!) identificar objetivos eficaces para la activación. La monitorización informa también al terapeuta y al cliente acerca de si los planes de acción fueron efectivos y proporciona la información necesaria para retocar ligeramente los planes y para que estos tengan la máxima utilidad. Finalmente, el propio acto de la monitorización puede ayudar a fomentar el cambio de la conducta. A lo largo del tratamiento, utilizamos la monitorización como un componente fundamental.

V: Validate – Validar

Estar deprimido es como estar encerrado en un lugar muy oscuro con escasos medios y poca esperanza de escapar. La AC proporciona a muchas personas que sufren depresión una forma de encontrar una salida de la oscuridad con el fin de volver a implicarse y a construir la vida que desean. Durante este proceso, es fundamental que el terapeuta de AC proceda a la validación del cliente, demostrando una comprensión de la experiencia del cliente y de los desafíos del cambio. La validación es el proceso de comunicar que tiene perfecto sentido que el cliente que acude a la terapia se sienta y actúe como lo hace en el momento, «y» que los esfuerzos necesarios para el cambio son cruciales si el individuo quiere sentirse mejor. De este modo, el terapeuta enseña a los clientes a experimentar diferentes formas de activarse y de implicarse que aumentan la recompensa y reducen las consecuencias aversivas que hay en sus vidas –en un contexto de aceptación, cordialidad, colaboración y estímulo.

A: Assign – Asignar actividades

La programación y la estructuración de actividades son los ingredientes principales de la AC. La importancia de la asignación de actividades queda reflejada en muchos de los principios fundamentales de la AC. Como sugiere el Principio 4, la programación de actividades permite a los clientes tener un programa claro que seguir en vez de adoptar conductas dependientes del estado anímico. La programación de las actividades aumenta la implicación del cliente en el mundo, permitiendo un mayor contacto con un potencial refuerzo positivo del entorno y con las oportunidades de ejercer un control sobre los factores de estrés. Tal y como señala el Principio 5, las actividades deben ser asignadas en pasos y deben estar graduadas para aumentar la probabilidad de éxito del cliente. El Principio 6 pone de relieve que el hecho de centrarse en estas actividades que tienen el mayor potencial de producir el cambio consiste en encontrar aquellas actividades que son reforzadas naturalmente en el entorno del cliente y que tienen un alto nivel de recompensa. Finalmente, para

recordar al terapeuta la importancia central de la activación, el Principio 9 establece sencillamente: «¡No lo digas, hazlo!».

T: Troubleshoot – Detectar problemas y desarrollar soluciones

La mayoría de los clientes con depresión experimentan desafíos mientras trabajan para poner en práctica los planes de activación. Surgen obstáculos, que pueden ir seguidos de una gran frustración. Para hacer un seguimiento de la terapia, el Principio 10 recuerda al terapeuta que debe «detectar barreras posibles y reales para la activación». La detección es necesaria para abordar los tipos de problemas que generalmente se producen cuando se desarrollan y se ponen en práctica planes de activación con clientes deprimidos. Los terapeutas utilizan la detección de problemas para mejorar y adaptar los planes de activación, enseñando a los clientes cómo detectar sus propios problemas. El consejo del Principio 8: «Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles» es instructivo y relevante también aquí, ya que el enfoque global de la AC es un enfoque empírico de resolución de problemas. La detección sirve para hacer el mejor uso posible del esfuerzo del cliente, un esfuerzo dirigido a la activación; la detección sirve para que la terapia siga avanzando en la dirección de los objetivos del cliente.

E: Encourage – Estimular

El momento en el que la mayoría de los clientes con depresión buscan ayuda profesional es cuando se sienten desanimados y desmoralizados. Uno de los métodos que los terapeutas utilizan para maximizar el éxito del tratamiento consiste en expresar continuamente una sensación de esperanza, optimismo y compromiso con el cambio. Como establece audazmente el Principio 7, los terapeutas de AC trabajan como entrenadores de los clientes, destacando cualquier señal de progreso por parte del cliente y estimulando cualquier indicador o indicación de que el cliente se está activando e implicando y está resolviendo problemas, especialmente cuando se siente desanimado.

Resumen

La AC tiene sentido. La historia de la utilización de estas sencillas estrategias con clientes deprimidos se ha extendido durante casi cuatro décadas desde que Lewinsohn (Lewinsohn y Graf, 1973) escribiera por primera vez sobre los «acontecimientos agradables» y la depresión. Es indudable que la AC continuará desarrollándose y los futuros estudios pondrán a prueba los límites de la AC con nuevas poblaciones y con nuevos problemas. Como terapeutas de hoy en día, podemos confiar y afirmar con toda seguridad que la AC es un método vigoroso y de eficacia probada para ayudar a las personas a superar la espiral descendente de la depresión. Tiene sus raíces en los principios conductuales que han resistido la prueba del tiempo.

Hemos aportado diez «principios-guía» de la AC –que consideramos *esenciales*– porque esperamos que los terapeutas sean sinceros con el enfoque de base empírica defendido aquí y con el modo flexible e idiográfico con el que ha sido aplicado. Los terapeutas de AC pueden responder a la situación individual de cada cliente y permanecer centrados en la activación, guiados por los principios y las estrategias fundamentales que hemos destacado. Los terapeutas –al actuar como entrenadores– y los clientes –al realizar la importante tarea de la activación– se benefician del seguimiento de estos principios. El tratamiento de la AC debe llevarse a cabo en colaboración: los terapeutas hacen sugerencias y ayudan al cliente a reconocer cuándo la evitación, el refuerzo de la conducta depresiva o la desconexión del entorno impiden la adopción de una conducta antidepresiva.

En su esencia, la AC es pragmática. Los terapeutas pueden reconocer sus prácticas habituales en las páginas de este libro y es aquí precisamente donde reside la elegancia de este método. Creemos que la AC es un tratamiento fácil de aprender porque es coherente con las prácticas de muchos clínicos que trabajan con clientes depresivos, es sencillo, y el objetivo de ayudar a los clientes a implicarse con el entorno es constante a lo largo de todo el tratamiento. Si durante el proceso de colaboración tenemos presente la comprensión de los factores que fomentan la depresión del cliente y los obstáculos que

impiden el cambio, la terapia no se desviará en múltiples direcciones. El centro de interés está en el entorno y en el cambio conductual. Los terapeutas pueden reconocer fácilmente que ayudar a clientes depresivos a aumentar la actividad es un importante primer paso en el tratamiento, y la creciente evidencia que avala la AC sugiere que es un paso suficiente. Como activos entrenadores, los terapeutas que siguen los principios que aquí hemos presentado adoptarán una actitud terapéutica que servirá para construir una fuerte conexión con los clientes gracias al esfuerzo estimulante y gratificante encaminado a crear un contexto de cambio positivo y duradero en las vidas de las personas con depresión.

Apéndice 1

Tablas y hojas de trabajo para clientes con depresión

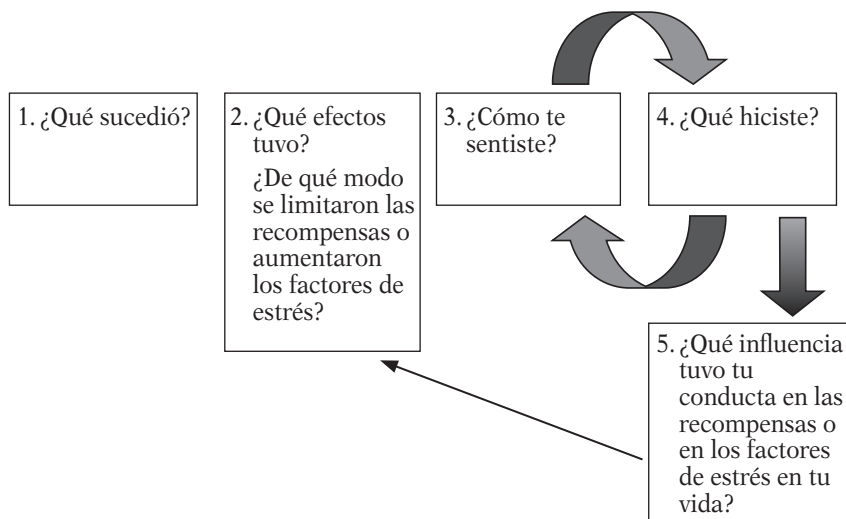
Las tablas que figuran a continuación pueden servir de ayuda a los terapeutas en su trabajo con clientes deprimidos.

El Apéndice 1a es un modelo de conceptualización que el terapeuta y el cliente pueden utilizar para desarrollar una conceptualización individualizada de la AC. El Apéndice 1b es una tabla de monitorización de actividades y emociones. Se pide al cliente que anote tanto la emoción experimentada como la intensidad de esta. El Apéndice 1c es una tabla de monitorización de la actividad y del estado anímico. Esta tabla se ha de utilizar para monitorizar la intensidad de la depresión del cliente. El Apéndice 1d es una tabla para monitorizar o programar actividades y clasificar el grado de dominio o placer que la actividad proporciona. Los Apéndices 1e y 1f proporcionan formatos para planificar o programar actividades. Se suministra una hoja TRAP-TRAC en el Apéndice 1g para que el cliente anote cuándo experimenta evitación y para que establezca una alternativa con la que hacer frente a la conducta de evitación. El Apéndice 1h es una hoja de ACTION que el cliente puede utilizar para valorar la función de su conducta y elegir un plan de acción.

Apéndice 1a

El modelo de activación conductual para la depresión

Utiliza este formulario para realizar un seguimiento de cómo los cambios en la vida (1) influyen en el grado en que esta se vuelve gratificante o estresante (2). ¿Cómo reaccionas ante esto (3)? ¿Qué haces para afrontarlo (4)? ¿Qué influencia tienen estas conductas en las recompensas y en los factores de estrés en tu vida (5)?



Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1b

Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades y emociones

Instrucciones: anota tu actividad en cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Anota una emoción asociada a cada actividad (por ejemplo, triste, contento, asustado, enfadado, avergonzado, disgustado, sorprendido). Valora la intensidad de tu emoción entre 1 y 10, donde «1» = «nada intenso» y «10» = «muy intenso».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1c

Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades y del estado anímico

Instrucciones: anota tu actividad para cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Valora la intensidad de tu estado anímico (es decir, lo deprimido que te has sentido) entre 1 y 10, donde «1» = «nada intenso» y «10» = «muy intenso».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1d
Tabla de actividades de la activación conductual.
Monitorización de actividades/placer/dominio

Instrucciones: anota tu actividad para cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Anota una valoración para el placer («P») y para el dominio («D») que experimentaste cuando estabas realizando cada actividad. El placer y el dominio son valorados entre 1 y 10, donde «0» = «bajo» y «10» = «alto».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00 – 7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 – 5:00							

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1e

Tabla de actividades de la activación conductual.

Actividades planeadas

Instrucciones: anota en cada una de las filas las actividades concretas que tu terapeuta y tú acordasteis que harías esta semana (Actividades 1-4). No necesitas utilizar todas las filas, o puedes añadir más, dependiendo de las actividades específicas que planeas para esta semana. Cada día, escribe una marca para señalar si te comprometiste en la actividad asignada. En la última fila anota una valoración del estado anímico de cada día; el estado anímico se valora entre 1 y 10, donde «1» = «nada deprimido» y «10» = «muy gravemente deprimido».

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Actividad 1:							
Actividad 2:							
Actividad 3:							
Actividad 4:							
Valoración diaria del estado anímico							

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1f
Tabla de actividades de la activación conductual –
Actividades programadas para _____
(indica el día de la semana / fecha)

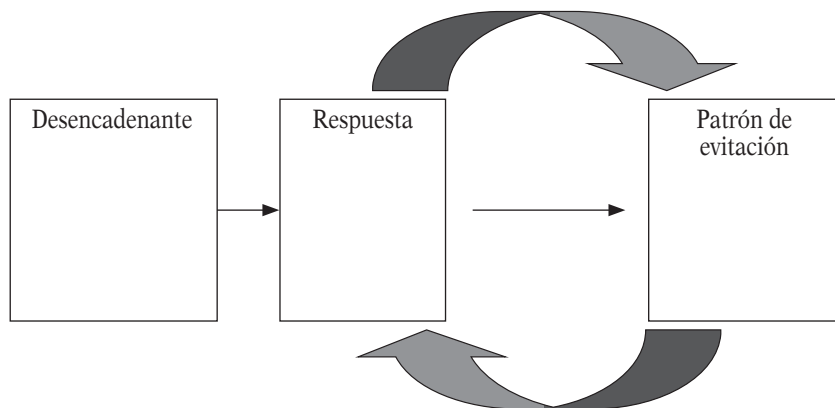
Instrucciones: anota en la columna «Actividad» las actividades concretas que tu terapeuta y tú acordasteis que realizarías. Escribe una marca en la columna «Completada» para señalar si terminaste la actividad programada. Anota una valoración del estado anímico en la columna de la derecha; el estado anímico se valora entre 1 y 10, donde «1» = «nada deprimido» y «10» = «muy gravemente deprimido».

	Actividad	Completada	Valoración del estado anímico
5:00 – 7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00 – 5:00			

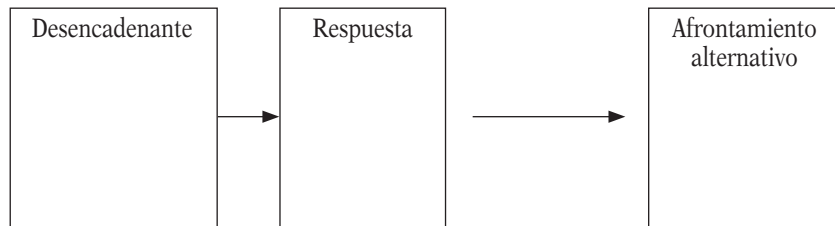
Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1g Hoja TRAP-TRAC*

Sal de la trampa (TRAP)



Y vuelve a la senda (TRAC)



* El acrónimo TRAP («trampa») deriva de *Trigger* + *Response* + *Avoidance Pattern*. *Trigger* (= «Desencadenante») se refiere a los eventos negativos antecedentes. *Response* (= «Respuesta») indica cómo se siente uno (por ejemplo, «deprimido»). *Avoidance Pattern* (= «Patrón de evitación») designa la pauta de evitación que uno adopta («quedarse en casa», etcétera).

Se entiende que el patrón de evitación mantiene la respuesta de sentirse deprimido e impide abordar los eventos que la han «desencadenado».

Para salir de esta «trampa», la AC propone el acrónimo TRAC, que deriva de *Trigger* + *Response* + *Alternative Coping*. El elemento nuevo con respecto a TRAP es *Alternative Coping* (= «Afrontamiento alternativo») e indica una nueva pauta de acción que rompe el patrón de evitación instaurado. [N. del Traductor].

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 1h

El acrónimo ACTION – Versión del cliente

A: Assess – Valora la función de una conducta. ¿Cómo te está ayudando esa conducta? ¿Cuáles son las consecuencias? ¿Actúa la conducta como un elemento depresivo? ¿Es incompatible con objetivos a largo plazo? ¿Actúa la conducta como un elemento antidepresivo? ¿Es compatible con objetivos a largo plazo?

C: Choose – Elige una acción. ¿Qué acción has elegido?

T: Try – Pon en práctica la conducta elegida. Anota los aspectos concretos de tu plan para poner en acción la(s) nueva(s) conducta(s).

I: Integrate – Integra una nueva conducta (o nuevas conductas) en tu rutina. Si estás intentando algo nuevo o estás adoptando una conducta contraria a tu estado anímico, es importante que lo intentes más de una vez antes de concluir si es útil o no. Integra esta conducta en una rutina cotidiana. ¿Cómo lo harás?

O: Observe – Observa los resultados. ¿Cuál es el resultado? Después de realizar la acción que has elegido, ¿te sientes mejor o peor? ¿Te ha acercado la acción a alguno de tus objetivos? ¿Has integrado una nueva rutina en tu programación? ¿Qué cambios observas?

N: Never – No te rindas nunca. Repite los pasos anteriores. El desarrollo de un nuevo hábito de activación y de implicación requiere esfuerzos reiterados. Con el paso del tiempo, estas conductas antidepresivas se convierten en conductas automáticas, incluso cuando te sientes deprimido.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 2

Bloc de notas y plan de terapia semanal

Estas hojas pueden ser utilizadas durante la terapia o a modo de autoayuda para seguir avanzando cuando la terapia haya terminado.

Fecha de la sesión: _____

- ¿Qué problemas se han analizado hoy en la terapia?
- ¿Qué he aprendido sobre las conexiones entre cómo me siento y las actividades en las que me he implicado?
- ¿Qué conductas debo fomentar que sean antidepresivas para mí?
- ¿Cuándo adoptaré estas conductas?
- ¿He dividido estas conductas en pasos que podré dar probablemente?
 - Si es así, ¿cuáles son los pasos?
- ¿Qué actividades tienen más posibilidades de ser lo suficientemente intensas como para poder ensimismarme en ellas?
- ¿Hay actividades de las que intento librarme o que trato de evitar?
- ¿Hay actividades que debo reducir porque actúan en mí como un elemento depresivo y son incompatibles con mis objetivos a largo plazo?
- ¿De qué estímulos o actividades puedo ocuparme para no bloquearme en mis pensamientos?
- ¿Dónde tengo más probabilidades de pasar por momentos especialmente difíciles?
- ¿Qué puedo hacer para tener más posibilidades de solucionarlo?

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 3

Bloc de notas

y plan después de la terapia

Responde las siguientes preguntas que pueden ayudarte a elaborar un plan de gestión del estado anímico y de los sentimientos con el fin de seguir implicado después de terminar la terapia.

- ¿Qué contextos incrementan mi vulnerabilidad a la depresión?
- ¿Qué conductas contribuyen a mantener el ciclo depresivo?
- ¿Qué conductas antidepresivas necesito mantener o potenciar?
- ¿Qué puedo hacer para aumentar la probabilidad de continuar con mis conductas antidepresivas?

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

Apéndice 4

ACTIVATE – Hoja de referencia para el terapeuta

A: Assess – Valorar los factores que contribuyen a la depresión del cliente

Valora las situaciones de la vida que pueden estar asociadas a la depresión del cliente y las conductas propias de los problemas secundarios que se han desarrollado cuando el cliente ha intentado hacer frente a la depresión.

Valora las conductas que se adoptan, utilizando tablas de monitorización de actividades y del estado anímico, y también análisis conductuales.

Sigue estos principios:

- Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y los esfuerzos por arreglárselas que proporcionan un alivio a corto plazo pueden bloquear a las personas con el paso del tiempo (Principio 2).
- Las pistas para entender lo que será antidepresivo residen en observar lo que precede y lo que sigue a conductas importantes del cliente (Principio 3).

C: Counter – Hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas

Una función frecuente de la conducta del cliente con depresión es la huida y la evitación.

La utilización de una estrategia de resolución de problemas y el enseñar al cliente a que lleve a cabo dicha resolución, pueden ser métodos efectivos para afrontar la evitación.

Sigue estos principios:

- Puedes cambiar cómo te sientes si cambias lo que haces (Principio 1).
- Estructura y programa actividades para seguir un plan, no un estado anímico (Principio 4).

T: Take – Dedicar tiempo a los elementos específicos

Define y describe la conducta con detalles concretos.

Define los problemas desde el punto de vista conductual.

Sé concreto.

Tomado de: *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*, obra de CHRISTOPHER R. MARTELL, SONA DIMIDJIAN Y RUTH HERMAN-DUNN. Copyright 2013 by Desclée De Brouwer. La autorización para fotocopiar esta tabla se concede a los compradores de este libro únicamente para uso personal (véase la página del copyright para más detalles). Los compradores de este volumen pueden descargar una versión más completa de esta tabla desde la página web de este libro en el sitio electrónico de The Guilford Press.

I: Include – Incluir la monitorización

Utiliza las tablas de monitorización de actividades y del estado anímico para hacer un seguimiento de las conductas y del progreso del cliente.

Enseña a los clientes a monitorizar su propia conducta utilizando formularios escritos u otros métodos que ellos prefieran.

V: Validate – Validar

El terapeuta de AC valida la experiencia del cliente, comunicando siempre la comprensión de las acciones y los sentimientos de este.

El terapeuta de AC es siempre sensible al cliente.

El terapeuta de AC no hace juicios de valor y es práctico.

A: Assign – Asignar actividades

Asigna actividades utilizando tablas de actividades.

Establece objetivos con el cliente.

Asigna actividades por pasos.

Sigue estos principios:

- Estructura y programa actividades para seguir un programa, no un estado anímico (Principio 4).
- El cambio es más fácil cuando empiezas por algo pequeño (Principio 5).
- Haz hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza (Principio 6).
- ¡No lo digas, hazlo! (Principio 9)

T: Troubleshoot – Detectar problemas y desarrollar soluciones

Habrán obstáculos para el cambio. El terapeuta utiliza la detección de problemas en la sesión para ayudar al cliente a superar los obstáculos, y enseña al cliente a detectar problemas.

Sigue estos principios:

- Pon el acento en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconoce que todos los resultados son útiles (Principio 8).
- Detecta barreras posibles y reales para la activación (Principio 10).

E: Encourage – Estimular

El terapeuta de AC anima al cliente a trabajar «de fuera adentro».

El terapeuta de AC es optimista en todo momento.

Sigue este principio:

- Actúa como un entrenador (Principio 7).

Bibliografía

- Addis, M.E., y Martell, C.R. (2004), *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation treatment to getting your life back*, Oakland, CA: New Harbinger.
- American Psychiatric Association Workgroup on Major Depressive Disorder (2000), «Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder», Washington DC: American Psychiatric Association. Disponible en www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Depression2e.book.cfm.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M., y Roemer, L. (2001), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*, Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. esp.: *Teoría del aprendizaje social*, Madrid: Espasa-Calpe 1987³).
- Bandura, A., y Schunk, D.H. (1981), «Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation»: *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2004), «Toward a unified treatment of Emotional disorders»: *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988), «An inventory for measuring clinical anxiety»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979), *Cognitive therapy of depression*, Nueva York: Guilford Press (trad. esp.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Desclee De Brouwer 2006¹⁷).
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1987), *Beck Depression Inventory: Manual*, San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J.S. (1995), *Cognitive therapy: Basics and beyond*, Nueva York: Guilford Press.
- Biglan, A., y Dow, M.G. (1981), «Toward a second-generation model: A Problem-specific approach», en L.P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 97-121), Nueva York: Academic Press.
- Blustein, D.L. (2008), «The role of work in psychological health and well-being»: *American Psychologist*, 63, 228-240.

- Bongar, B. (2002), *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care* (2ª ed.), Washington, DC: American Psychological Association.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M. y Behar, E. (2004), «Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder», en R.G. Heimberg, C.L. Turk, y D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108), Nueva York: Guilford Press.
- Brown, J.D. y Siegel, J.M. (1988), «Attributions for negative life events and depression: The role of perceived control»: *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 316-322.
- Brown, W.J., Ford, J.H., Burton, N.W., Marshall, A.L. y Dobson, A.J. (2005), «Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women»: *American Journal of Preventive Medicine*, 29(14), 265-272.
- Caldwell, L.L. (2005), «Leisure and health: Why is leisure therapeutic?»: *British Journal of Guidance and Counselling*, 33(1), 7-26.
- Chomsky, N. (1959), «A review of B. F. Skinner's *Verbal Behavior*»: *Language*, 35, 26-58.
- Chung, J.C.C. (2004), «Activity participation and well-being of people with dementia in long-term-care settings»: *OTJR: Occupation, Participation, and Health*, 24(1), 22-31.
- Dahl, J.C., Plumb, J.C., Stewart, I. y Lundgren, T. (2009), *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*, Oakland, CA: New Harbinger.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., et al. (2005), «Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression»: *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeRubeis, R.J., Siegle, G.J. y Hollon, S.D. (2008), «Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms»: *Nature Reviews Neuroscience*, 9, artículo 10, consultado el 13 de marzo de 2009, en www.nature.com/nrn/journal/v9/n10/index.html.
- Dimidjian, S. (2000, June 2), «Skepticism, compassion, and the treatment of depression»: *Prevention and Treatment*, 3, artículo 26, consultado el 10 de marzo de 2009, en journals.apa.org/pt/prevention/volume3/pre0030026c.html.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., et al. (2006), «Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dimidjian, S., Martell, C.R., Addis, M.E. y Herman-Dunn, R. (2008), «Behavioral activation for depression», en D. H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed.): *A step-by-step treatment manual* (pp. 328-364), Nueva York: Guilford Press.
- Dishman, R.K., Berthoud, H.-R., Booth, F.W., Cotman, C.W., Edgerton, V.R., Fleshner, M.R., et al. (2006), «Neurobiology of exercise»: *Obesity*, 14, 345-356.

- Dobson, K.S., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R.J., Gallop, R.J., et al. (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), 468-477.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark, C.G., y Chambless, H.O. (2005), «Exercise treatment for depression: Efficacy and dose-response»: *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971), «Problem solving and behaviour modification»: *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-128.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1982), «Social problem solving in adults», en P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201-274), Nueva York: Academic Press.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999), *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª ed.), Nueva York: Springer. Traducción española: *Terapia de resolución de problemas*, Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.C., Sotsky, S.M., Collins, J.F., et al. (1989), «NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program»: *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ferster, C.B. (1973), «A functional analysis of depression»: *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Ferster, C.B. (1974), «Behavioral approaches to depression», en R.J. Friedman y M.M. Katz (eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 29-45), Washington, DC: New Hemisphere.
- Fossati, P., Ergis, A.-M., y Allilaire, J.F. (2001), «Problem-solving abilities in unipolar depressed patients: Comparison of performance on the modified version of the Wisconsin and the California sorting tests»: *Psychiatry Research*, 104, 145-156.
- Fuchs, C.Z., y Rehm, L.P. (1977), «A self-control behavior therapy program for depression»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., et al. (2002), «Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy»: *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, H., et al. (2004), «Modulation of cortical-limbic pathways in major depression»: *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41.
- Gollwitzer, P.M. (1999), «Implementation intentions: Strong effects of simple plans»: *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P.M., y Brandstätter, V. (1997), «Implementation intentions and effective goal pursuit»: *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Gortner, E.T., Gollan, J.K., Dobson, K.S., y Jacobson, N.S. (1998), «Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.

- Gotlib, I.H., y Asarnow, R.F. (1979), «Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 86-95.
- Gray, J. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*, Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*, Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S.C. y Brownstein, A.J. (1986), «Mentalism, behavior-behaviour relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science»: *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006), «Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes»: *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999), *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*, Nueva York: Guilford Press.
- Hollon, S.D. (2001), «Behavioral activation treatment for depression: A commentary»: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 271-274.
- Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., Trivedi, M. y Rush, A. J. (2005), «Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: Which monotherapy or combined treatment?»: *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.
- Hollon, S.D., Stewart, M.O. y Strunk, D. (2006), «Enduring effects of cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety»: *Annual Review of Psychiatry*, 57, 285-315.
- Hollon, S.D., Thase, M. E. y Markowitz, J.C. (2002), «Treatment and prevention of depression»: *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
- Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M.E.A., Hunt, M.K. y Lejuez, C.W. (2005), «Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care»: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D.R. y Lejuez, C.W. (2007), *A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*, Oakland, CA: New Harbinger.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W. y Hopko, S.D. (2004), «Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms»: *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., y McNeil, D.W. (2003), «A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital»: *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J. y Eifert, G.H. (2003), «Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress»: *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Houghton, S., Curran, J. y Saxon, D. (2008), «An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression»: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 235-239.

- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., et al. (1996), «A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N.S. y 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, 103-117.
- Jacobson, N.S. y Margolin, G. (1979), *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*, Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N.S., Martell, C.R. y Dimidjian, S. (2001), «Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots»: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
- Jakupcak, M., Roberts, L.J., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., et al. (2006), «A pilot study of behavioral activation for veterans with post-traumatic stress disorder»: *Journal of Traumatic Stress*, 19, 387-391.
- Jarrett, R.B., Vittengl, J.R. y Clark, L.A. (2008), «Preventing recurrent depression», en M.A. Whisman (Ed.), *Adapting cognitive therapy for depression: Managing complexity and comorbidity* (pp. 132-156), Nueva York: Guilford Press.
- Jobes, D.A. (2006), *Managing suicidal risk: A collaborative approach*, Nueva York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1994), *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, Nueva York: Hyperion (trad. esp.: *Cómo asumir su propia identidad*, Barcelona: Plaza & Janés 1995).
- Kanfer, F.H. (1970), «Self-regulation: Research issues and speculations», en C. Neuringer y J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220), Nueva York: Appleton-Century-Crofts. Citado en Rehm, L. P. (1977), «A self-control model of depression»: *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., LePage, J., Hopko, S.D. y McNeil, D.W. (2001), «A brief behavioral activation treatment for depression»: *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- Lewinsohn, P.M. (1974), «A behavioral approach to depression», en R.M. Friedman y M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185), Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. (2001), «Lewinsohn's model of depression», en W.E. Craighead y C.B. Nemeroff (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (3ª ed., pp. 442-444), Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M., Biglan, A. y Zeiss, A.S. (1976), «Behavioral treatment of depression», en P.O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146), Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P.M. y Graf, M. (1973), «Pleasant activities and depression»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985), «An integrative theory of unipolar depression», en S. Reiss y R.R. Bootzin

- (Eds.), *Theoretical issues in behavioral therapy* (pp. 313-359), Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M. y Libet, J. (1972), «Pleasant events, activity schedules and depressions»: *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2006), «Foreword» («Prólogo»), en A.M. Levinthal y C.R. Martell, *The myth of depression as disease: Limitations and alternatives to drugs* (pp. ix-xi), Nueva York: Praeger.
- Locke, E.A. y Latham, G.P. (1990), *A theory of goal setting and task performance*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. y Diener, E. (2004), «Unemployment alters the set-point for life satisfaction»: *Psychological Science*, 39, 8-13.
- Mace, F.C. y Kratochwill, T.R. (1985), «Theories of reactivity in self-monitoring»: *Behavior Modification*, 9, 323-343.
- MacPhillamy, D.J. y Lewinsohn, P.M. (1982), «The pleasant events schedule: Studies in reliability, validity, and scale intercorrelation»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 363-380.
- Mallinckrodt, B. y Bennet, J. (1992), «Social support and the impact of job loss in dislocated blue-collar workers»: *Journal of Counseling Psychology*, 39, 482-489.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Nueva York: Guilford Press.
- Martell, C.R. (1988), «Assessment of relevant stimuli affecting generalization in social skills training for retarded adults»: *Dissertation Abstracts International*, 49(5-A), 1098.
- Martell, C.R., Addis, M.E. y Jacobson, N.S. (2001), *Depression in context: Strategies for guided action*, Nueva York: Norton.
- Marzuk, P.M., Hartwell, N., Leon, A.C. y Portera, L. (2005), «Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation»: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 294-301.
- Mather, A.S., Rodríguez, C., Guthrie, M.F., McHarg, A.M., Reid, I.C. y McMurdo, M.T. (2002), «Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poor responsive depressive disorder: Randomized controlled trial»: *British Journal of Psychiatry*, 180, 411-415.
- Murphy, F.C., Rubinsztein, J.S., Michael, A., Rogers, R.D., Robbins, T.W., Paykel, E.S., et al. (2001), «Decision-making cognition in mania and depression»: *Psychological Medicine*, 31, 679-693.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D., Davies, I., Gray, A. y Barbour, F. (1997), «A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment given by community nurses for emotional disorders in primary care»: *British Journal of Psychiatry*, 170, 113-119.
- Nakatani, E., Nakgawa, A., Ohara, Y., Goto, S., Uozumi, N., Iwakiri, M., et al. (2003), «Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder»: *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 124, 113-120.

- Nezu, A.M. (1987), «A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model»: *Clinical Psychology Review*, 7, 122-144.
- Nezu, A.M. (2004), «Problem solving and behavior therapy revisited»: *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nezu, A.M., Ronan, G.F., Meadows, E.A. y McClure, K.S. (2000), *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*, Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000), «The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms»: *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredrickson, B.L. (1993), «Response styles and the duration of episodes of depressed mood»: *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. y Larson, J. (1994), «Ruminative coping with depressed mood following a loss»: *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Pavlov, I. (1927), *Conditioned reflexes*, London: Oxford University Press (trad. esp. del orig. ruso: *Los reflejos condicionados*, Madrid: Morata 1997).
- Premack, D. (1959), «Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement»: *Psychological Review*, 66, 219-233.
- Rehm, L.P. (1977), «A self-control model of depression»: *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R. y Reyes, W. (2008), «Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression»: *Psychotherapy Research, Theory, Practice, Training*, 45(2), 173-185.
- Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Jr., Martin, K.M. y Phelps, M.E. (1996), «Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder»: *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.
- Scogin, F., Jamison, C. y Gochneaur, K. (1989), «Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults»: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 403-407.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. G. y Teasdale, J.D. (2001), *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, Nueva York: Guilford Press.
- Seminowicz, D.A., Mayberg, B.S., McIntosh, A.R., Goldapple, K., Kennedy, S., Segal, Z., et al. (2004), «Limbic-frontal circuitry in major depression: A path modeling meta-analysis»: *NeuroImage*, 22, 409-418.
- Shen, G.H. C., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. y Sylvia, L. G. (2008), «Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals»: *Bipolar Disorders*, 10, 520-529.
- Skinner, B.F. (1957), *Verbal behaviour*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974), *About behaviourism*, Nueva York: Knopf (trad. esp.: *Sobre el conductismo*, Barcelona: Fontanella 1975).

- Stokes, T.F. y Baer, D.M. (1977), «An implicit technology of generalization»: *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349-367.
- Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G.R. (1991), *Behavior analysis for lasting change*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sutherland, A. (2008), *What Shamu taught me about life, love, and marriage: Lessons for people from animals and their trainers*, Nueva York: Random House.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003), «Rumination reconsidered: A psychometric analysis»: *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Valenstein, E.S. (1998), *Blaming the brain*, Nueva York: Free Press.
- Wagner, A.W., Zatzick, D.F., Ghesquiere, A. y Jurkovich, G.J. (2007), «Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors»: *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 341-349.
- Warwar, S.H., Links, P.S., Greenberg, L. y Bergmans, Y. (2008), «Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder»: *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 94-104.
- Watkins, E.R., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K.A., Bathurst, N., Steiner, H., et al. (2008), «Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series»: *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144-2154.
- Watson, D.L. y Tharp, R.G. (2002), *Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment*, Belmont, CA: Wadsworth.
- Watson, J. y Raynor, R. (1920), «Conditioned emotional reactions»: *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. y Kabat-Zinn, J. (2007), *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*, Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, P.H. (1992), «Depression», en P.H. Wilson (Ed.), *Principles and practice of relapse prevention* (pp. 128-156), Nueva York: Guilford Press.
- Wolpe, J. (1958), *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, CA: Stanford University Press (trad. esp.: *Psicoterapia por inhibición recíproca*, Bilbao: Desclée De Brouwer 1976).
- Yoman, J. (2008), «A primer on functional analysis»: *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 325-340.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. y 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.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1987), «A component and process analysis of cognitive therapy»: *Psychological Reports*, 61, 939-953.
- Zettle, R.D. y Rains, J.C. (1989), «Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression»: *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 436-445.

Índice analítico y de nombres

- ACTION 178, 179, 180, 255, 263
Activación 17, 50, 75, 85, 131, 152, 156, 175, 178, 180, 203, 228, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 267, 269
Activación conductual 17, 50, 75, 85, 131, 152, 156, 175, 178, 180, 203, 228, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 267, 269
ACTIVATE 10, 14, 248, 269
Análisis funcional 104
Antecedentes 104
Atención concentrada 12, 196, 197

BDI-II 78, 241, 242
Beck, Aaron T. 23, 25, 27, 33, 34, 35, 38, 72, 78, 114, 183, 187, 231, 241, 271
Breve formulario 37

Cordialidad 90

Definición 31, 162, 174
Depresión 13, 78, 231, 241
Después de la terapia 10, 231, 238, 239
Detección de problemas 228
Ejercicios de «atención a la experiencia» 81

Estilo 85, 210

Farmacéutico 53
Ferster, Charles B. 27, 28, 192, 273
Fijar como objetivo 119, 125, 129, 142, 167
Física 126, 139, 141, 237

Inventario de Ansiedad de Beck 78
Inventario de Depresión II de Beck 78, 231

Lewinsohn, Peter M. 9, 18, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 71, 72, 169, 186, 245, 253, 275, 276, 279

Monitorización 81, 110, 111, 112, 114, 115, 257, 258, 259

Plan de terapia semanal 10
Planes de acción 90, 131, 136, 198, 226, 250
Planificación de la prevención de recaídas 70
Preguntas frecuentes 74
Preparación para situaciones de alto riesgo 234

- Programación de actividades 293
Pruebas empíricas para 35
Pruebas empíricas para la AC 35
- RCA 202
- Refuerzo 27, 28, 29, 31, 32, 33, 52, 58,
59, 61, 62, 71, 72, 82, 87, 93, 103,
104, 107, 135, 154, 155, 182, 229,
234, 244, 249, 251, 253
- Rehm, Lynn P. 27, 31, 32, 33, 59, 271,
273, 275, 277
- Resolución de problemas 9, 159, 167
- Rumiación 202
- Self-Directed Behavior 215
- Sesiones de refuerzo 234, 244
- Tablas 10, 255
- Tablas de actividades 126, 144, 212, 222,
236, 270
- TAC 39, 101
- TC 23, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 39, 141
- TCC 21, 110, 140, 141, 247
- TCD 12, 39, 41, 247
- Terapia cognitiva 33, 271
- TOC 139, 140
- Trabajo 117
- TRAC 255, 262
- TRAP 255, 262
- TRAP-TRAC 255, 262
- Valoración 99, 124, 188, 260, 261
- Valoración de los riesgos 124

Índice general

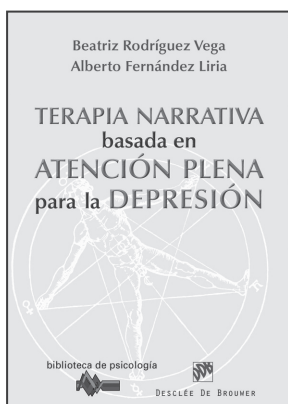
Sobre los autores	11
Agradecimientos	13
Prólogo, por <i>Peter M. Lewinsohn</i>	17
Prefacio	19
1. Introducción: el desarrollo de la activación conductual	21
Punto de partida	22
¿Cuáles son los componentes activos de la terapia para la depresión?	23
La vuelta a las raíces conductuales	26
<i>Charles B. Ferster</i>	27
<i>Peter M. Lewinsohn</i>	28
<i>Lynn P. Rehm</i>	31
<i>Aaron T. Beck</i>	33
La base de las pruebas empíricas para la AC	35
Tratamientos de activación afines para la depresión	37
<i>Breve tratamiento de activación conductual para la depresión</i>	37
<i>Terapia de resolución de problemas</i>	38
<i>Semejanzas con las terapias conductuales más recientes</i> . .	38
Resumen	40

2. Los principios fundamentales de la activación conductual .	43
Introducción	47
¿Qué es la AC para la depresión?	48
Los diez principios fundamentales de la AC.	49
Resumen	64
<i>Puesta en práctica de los principios.</i>	65
3. La estructura y el estilo de la terapia.	67
Introducción	69
La estructura de la AC: la activación es la guía	70
La estructura de cada sesión	78
El estilo del terapeuta	85
<i>La validación</i>	86
<i>La colaboración</i>	89
<i>No hacer juicios de valor</i>	89
<i>Cordialidad y sinceridad.</i>	90
<i>Trabajar para reforzar los informes o ejemplos de conducta</i> <i>adaptativa en la sesión</i>	93
Resumen.	94
4. Identificación de los componentes del antidepresivo conductual	97
Introducción	99
Valoración de los objetivos	99
Los principios básicos de la valoración conductual.	102
<i>Definición y descripción de la conducta</i>	103
<i>Antecedentes y conductas.</i>	104
<i>Conductas y consecuencias</i>	106
La valoración del cómo: la tabla de actividades.	109
<i>Qué debemos monitorizar</i>	112
<i>Análisis de la monitorización de las actividades</i>	116
<i>Valoración de los riesgos</i>	124
<i>Realización de una elección efectiva de las actividades.</i>	125
<i>Recopilación de todos estos elementos.</i>	126
<i>Qué debemos observar en la tabla de actividades de Alicia</i>	126

Qué debemos fijar como objetivo después de revisar la tabla de actividades.	129
Resumen	131
5. Programación y estructuración de la actividad	133
Introducción.	135
Cómo activar a los clientes	136
<i>Decidir la frecuencia de las tareas</i>	143
<i>Decidir la duración y/o la intensidad de la actividad.</i>	143
<i>Decidir los días y momentos concretos en los que el cliente realizará la actividad</i>	144
Hacer frente a la activación «todo o nada»	153
Resumen	157
6. Resolución de problemas y respuesta a la evitación	159
Introducción.	160
La resolución tradicional de problemas y su uso en la AC ..	161
Tipos de problemas abordados en la AC.	165
Resolución de problemas y evitación	167
La validación de la tendencia natural a la evitación y el desafío del cambio	170
La resolución de problemas en la AC y la modificación de la evitación	174
Resumen	179
7. Cómo el pensamiento puede ser una conducta problemática	181
Introducción.	182
La rumiación y la depresión	183
Valoración de la rumiación	188
Objetivo: la rumiación depresiva en la AC – No lo digas, ¡hazlo!	192
<i>Destacar las consecuencias de la rumiación</i>	193
<i>Resolver problemas.</i>	195
<i>Prestar mucha atención a la experiencia sensorial</i>	196
<i>Volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos.</i> . . .	200
<i>Desviar la atención de los pensamientos rumiativos.</i>	202
Resumen	204

8. Solución de problemas con la activación	205
Introducción	208
Los desafíos de la activación	209
Estilo y actitud del terapeuta en la detección y resolución de problemas	210
Descubrir qué puede salir mal (o qué salió mal)	215
Problemas frecuentes de la activación	217
<i>Problemas en la comprensión de la programación</i> <i>o de la tarea.</i>	218
<i>Problemas de déficits de habilidades</i>	219
<i>Problemas en la gradación de las tareas.</i>	221
<i>La ausencia o inadecuación de la monitorización</i> <i>de la actividad.</i>	222
<i>Información limitada sobre el estado anímico</i> <i>o las emociones.</i>	223
<i>Problemas con el control de los indicadores</i>	224
<i>Problemas en la gestión de las contingencias</i>	226
<i>Problemas con las conductas condicionadas desde el punto</i> <i>de vista clásico</i>	227
Resumen	229
9. La unión de todos los elementos: prevención de recaídas y actuación después de la terapia	231
Introducción	232
La importancia de la prevención de recaídas	234
<i>Generalización</i>	234
<i>Componentes del antidepresivo conductual</i>	236
<i>Ampliar la activación a nuevos objetivos y contextos vitales</i> <i>después del fin del tratamiento.</i>	238
<i>Identificar situaciones de alto riesgo y prepararse para ellas</i>	240
<i>Sesiones de refuerzo y espaciadas en el tiempo</i>	244
¿Hacia dónde nos encaminamos desde aquí?	245
La unión de todos los elementos	248
<i>A: Assess – Valorar los factores que contribuyen</i> <i>a la depresión del cliente.</i>	249

<i>C: Counter – Hacer frente a la evitación con una activación estructurada y con una resolución efectiva de los problemas</i>	249
<i>T: Take – Dedicar tiempo a los elementos específicos.</i>	250
<i>I: Include – Incluir la monitorización</i>	250
<i>V: Validate – Validar</i>	251
<i>A: Assign – Asignar actividades</i>	251
<i>T: Troubleshoot – Detectar problemas y desarrollar soluciones</i>	252
<i>E: Encourage – Estimular</i>	252
Resumen	253
Apéndice 1. Tablas y hojas de trabajo para clientes con depresión	255
Apéndice 2. Bloc de notas y plan de terapia semanal.	265
Apéndice 3. Bloc de notas y plan después de la terapia	267
Apéndice 4. ACTIVATE – Hoja de referencia para el terapeuta . .	269
Bibliografía	271
Índice analítico y de nombres.	279
Índice general	281



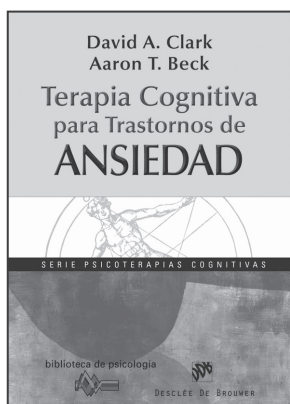
Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión

Beatriz Rodríguez Vega
Alberto Fernández Liria



ISBN: 978-84-330-2561-6

Los seres humanos construimos sentido y significado a través de las historias que nos contamos a nosotros mismos o a otros sobre nuestra experiencia. En la Terapia Narrativa Basada en la Atención Plena, entendemos el proceso terapéutico como una conversación entre terapeuta y paciente que facilita la evolución de los significados narrativos. Para el caso de la depresión, esos significados están contruidos en torno a la pérdida y la autodesvalorización. Terapeuta y paciente conversan desde la narrativa inicial del paciente sobre el argumento dominante de su historia. Y lo hacen desde diferentes perspectivas. Desde una perspectiva de primera persona, trabajando con las emociones o las sensaciones corporales, la valoración biográfica o el autodiálogo interno. Desde una perspectiva de segunda persona, cuando lo que trae el consultante es un duelo, una descalificación en las relaciones o algo que tiene que ver con la relación terapéutica. Y desde una perspectiva de tercera persona cuando lo que el paciente trae es una historia de sufrimiento anclada en las metanarrativas sociales o culturales dominantes que sostienen la desvalorización de la persona. La terapeuta ayuda a desarrollar ese trabajo con una actitud personal basada en la atención plena y entrena simultáneamente al consultante en esa misma actitud. De esa forma la consultante puede ir contactando con su intención de traer la atención a la experiencia presente, con aceptación libre de reacciones y de críticas, de aquello que surja.



Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad

**David A. Clark
Aaron T. Beck**

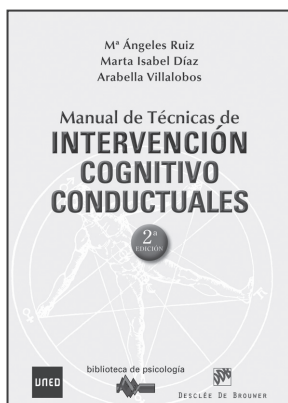


ISBN: 978-84-330-2537-1

Durante las dos últimas décadas hemos presenciado un tremendo progreso en el conocimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los enfoques derivados de la terapia cognitiva, particularmente, han logrado una base sustancial de apoyo empírico. En el presente libro, escrito por una autoridad contemporánea, David A. Clark, y por el pionero de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, se sintetizan los últimos avances logrados en el campo y se presentan pautas actuales de práctica terapéutica derivadas de los mismos. Otras características que hacen recomendable y manejable el libro son las síntesis, a modo de pequeños manuales, de los cinco principales trastornos de ansiedad, los aspectos clínicos concisos, los casos presentados con todo detalle y más de treinta cuestionarios y formularios que pueden emplearse en la práctica.

En la Primera parte se actualiza el influyente modelo de los trastornos de ansiedad que Beck y sus colaboradores propusieron en 1985. Los autores aclaran las múltiples facetas de la ansiedad maladaptativa y del papel que desempeña la cognición en su desarrollo y mantenimiento. Se revisan cientos de estudios empíricos que examinan las hipótesis del modelo. Sobre esta base se asienta la Segunda parte, que detalla las principales estrategias clínicas cuyo alcance es transdiagnóstico—efectivo y relevante para cualquier tipo de presentación de los síntomas de ansiedad. En esta parte se describen, paso a paso, el modo de dirigir la valoración, de formular los casos individuales y de implementar la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales. La Tercera parte se centra en los trastornos más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Los datos específicos de cada trastorno, las conceptualizaciones y los protocolos de tratamiento ofrecen al terapeuta recursos de gran valor para satisfacer las necesidades de cada paciente.

La combinación de la profundidad académica con la utilidad práctica convierte este libro en una referencia esencial para los profesionales e investigadores de la salud mental y en una obra de incalculable valor para seminarios y cursos de psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia y asistencia social.



Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales

**Mª Ángeles Ruiz
Marta Isabel Díaz
Arabella Villalobos**



ISBN: 978-84-330-2535-7

La Terapia Cognitivo Conductual se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. A lo largo de su evolución, la Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado una capacidad de adaptación y de generación de herramientas terapéuticas exitosas sin comparación en el ámbito de la psicoterapia.

En esta obra se recopilan las técnicas y terapias más representativas de la Terapia Cognitivo Conductual, presentando los procedimientos de intervención de forma sistemática y detallada en sus versiones más actualizadas. El objetivo es transmitir al lector el estado actual de la Terapia Cognitivo Conductual, reflexionando también en cada capítulo sobre sus retos pendientes. Los dos primeros capítulos del manual son básicos para entender las terapias y técnicas expuestas en el resto de capítulos, pues aportan el entramado conceptual y pragmático para acercarse al proceso general de la Terapia Cognitivo Conductual. El resto de los capítulos recoge las terapias y técnicas más significativas pertenecientes a cada una de las tres distintas generaciones descritas en la evolución de la Terapia Cognitivo Conductual.

Elaborada y dirigida específicamente para el alumno del grado de psicología de la UNED, resultará sin duda útil para cualquier estudiante de los últimos cursos de psicología y para todos los profesionales interesados en el ámbito aplicado de la psicología, especialmente para aquellos cuyo trabajo se sitúa en el área de la psicología clínica y también para quienes desempeñan puestos de dirección y gestión de grupos.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

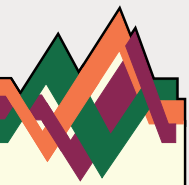
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por M^a Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d
179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.
182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.



Escrito por destacados expertos en investigación y práctica clínica de la activación conductual (AC), este libro presenta un enfoque empíricamente probado para ayudar a los clientes a superar la depresión mediante una actitud activa y un compromiso con sus propias vidas. La AC es un tratamiento sencillo y autónomo cuyos principios pueden ser integrados fácilmente en otros enfoques que ya estén siendo utilizados por los terapeutas. Con directrices claras, detalladas ilustraciones clínicas y útiles materiales de trabajo, el libro contiene todo lo necesario para empezar a poner en práctica la AC en clientes con depresión.

Después de una visión general de carácter introductorio, los autores describen los diez principios esenciales de la AC, cómo está estructurada la terapia, y el estilo general de un terapeuta de AC. Las sesiones de AC están orientadas a la acción y centradas en la resolución de problemas. Los procedimientos están descritos para identificar los objetivos del tratamiento individualizado, monitorizar y programar actividades «antidepresivas» —experiencias que probablemente van a ser gratificantes y agradables— y reducir la evasión y el pensamiento rumiativo. También se explican de manera detallada la resolución de problemas y las estrategias para la prevención de recaídas. A lo largo de todos los capítulos aparece un caso a modo de ejemplo, dando así vida al proceso de la AC mediante una joven que lucha contra la depresión, contra el aislamiento social y contra los desafíos laborales. Numerosos ejemplos más breves y diálogos de muestra sirven para aclarar técnicas especiales y cuestiones clínicas. El libro presenta más de veinte formularios de planificación de actividades, fichas de trabajo y otros materiales complementarios.

Este libro tan práctico y accesible ofrece inestimables herramientas para los psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos, *counsellors* y otros profesionales de la salud mental. Ocupará un lugar especial como texto suplementario en los cursos universitarios.

ISBN: 978-84-330-2621-7



9 788433 026217

www.edesclee.com



biblioteca de psicología

+ info:

