



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

Diplomado
en Psicoterapia Cognitiva para
la Depresión

Dra. Adela Fusté Escolano
La Activación Conductual en la
Terapia Cognitivo-Conductual
para la depresión

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA



1

Dra. Adela Fusté Escolano
La Activación Conductual
en la
Terapia CC para la
depresión

1. Introducción

2. Activación Conductual en la depresión

- Antecedentes históricos
- Premisas básicas

3. Componentes de la AC

4. Dificultades: importancia de las HHTT

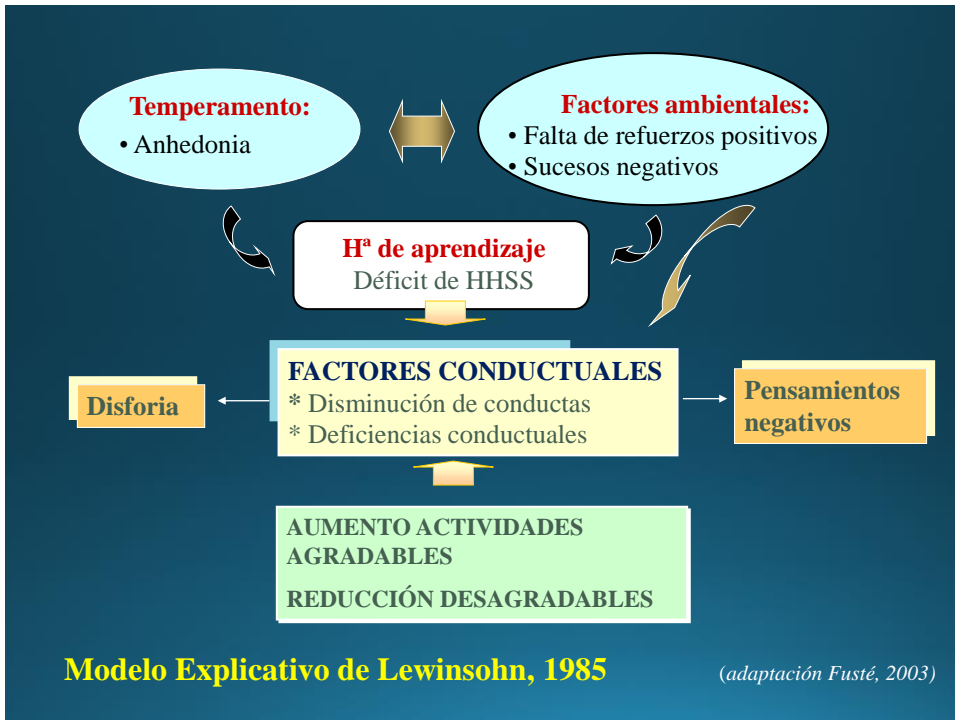
2



3



4



5



6

MODELO DE AUTOCONTROL DE REHM



7

MODELO DE AUTOCONTROL DE REHM

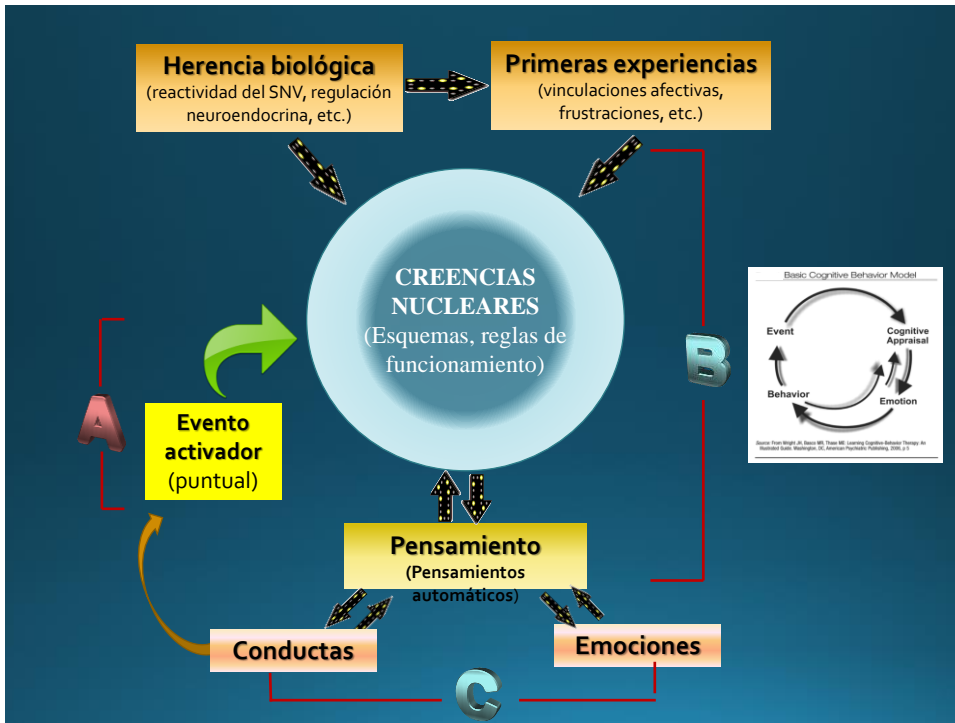
PROCEDIMIENTO GENERAL DE INTERVENCIÓN

- PSICOEDUCACIÓN
- EJERCICIOS DE LÁPIZ Y PAPEL
- AUTORREGISTROS
- FORMATO GRUPAL DE 12 SESIONES

LEWINSOHN

TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN:
ENTRENAMIENTO
ATRIBUCIONAL

8



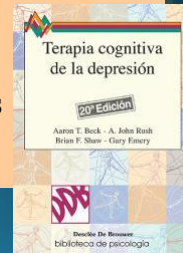
9



10

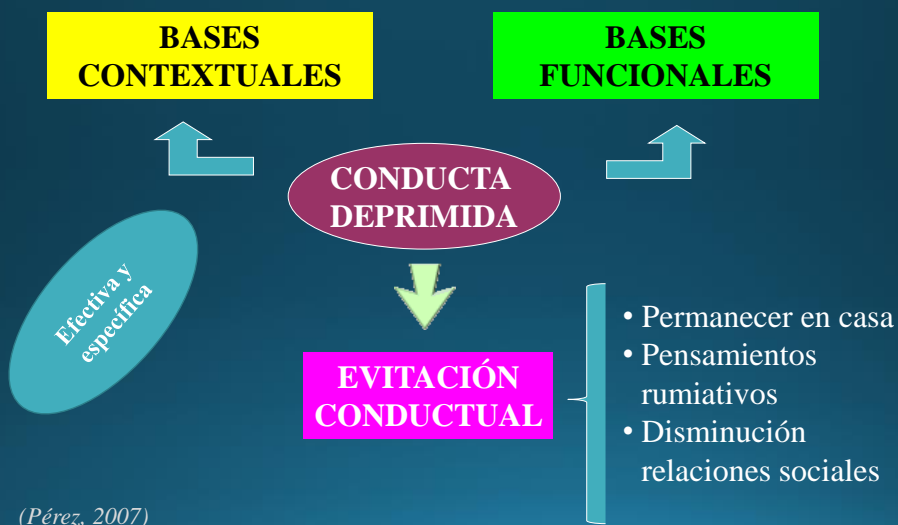
TERAPIA COGNITIVA DE BECK - TCC

- TRATAMIENTO BREVE (DEPRESIÓN UNIPOLAR)
- RÉGIMEN AMBULATORIO
- DURACIÓN ENTRE 12 Y 20 SESIONES (MEDIA DE 15)
- MANUAL RECONOCIDO POR LA APA
- OBJETIVO:
 - Controlar pensamientos automáticos
 - Modificar esquemas cognitivos distorsionados
- TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES



11

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL



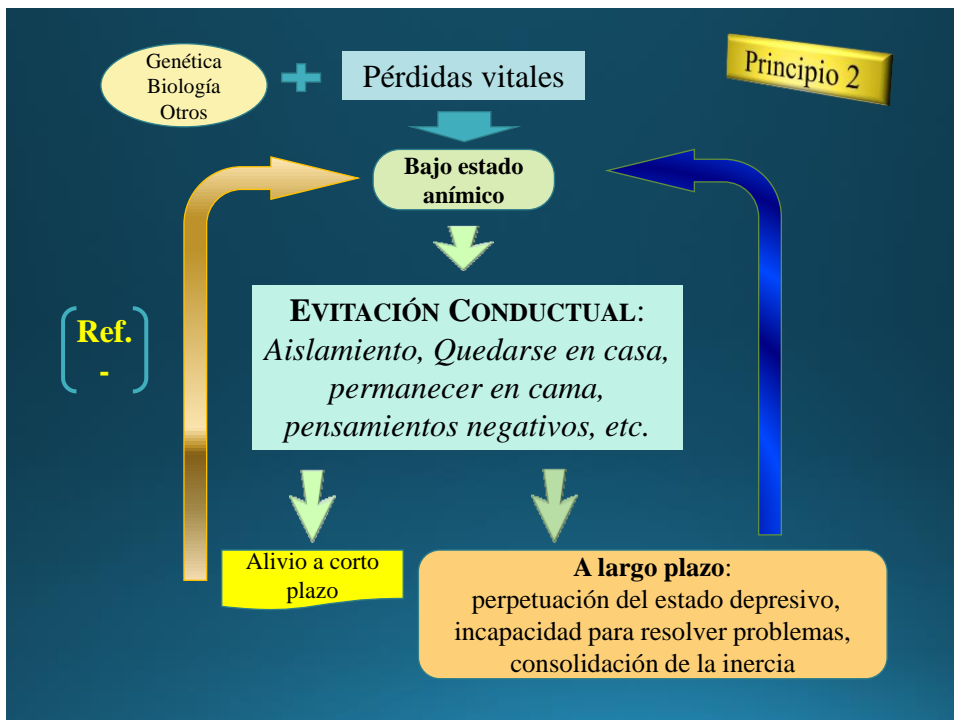
12

PREMISAS BÁSICAS DEL MODELO DE AC

1. La **clave para cambiar** cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a **cambiar lo que hacen**
2. Cambios vitales pueden llevar a la depresión, y las **estrategias de adaptación** a corto plazo pueden bloquear indefinidamente a las personas.
3. La pista para saber lo que será antidepresivo para un cliente reside en saber lo **que precede y lo que sigue** a las conductas importantes del cliente.
4. Estructurar y programar **actividades que siguen un plan**, no un estado anímico.
5. El cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.
6. Hacer hincapié en actividades que sean reforzadoras por naturaleza.
7. El terapeuta es un entrenador.
8. Insistir en un enfoque empírico de resolución de problemas y reconocer que todos los resultados son útiles.
9. ¡No lo digas, hazlo!
10. El terapeuta debe detectar posibles barreras para la activación.

(Martell et al., 2010)

13



14

AC EN LA INTERVENCIÓN CC PARA DEPRESIÓN



15

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

- **ANÁLISIS DEL PROBLEMA:** Configuración de síntomas , antecedentes y consecuentes.
- **DIGANÓSTICO DIFERENCIAL:** rasgos de personalidad, tipo depresión (bipolar)
- **OTRAS VARIABLES:** Causas, factores ambientales, enfermedades físicas, repercusiones del problema, posible beneficio secundario.
- **HISTORIA DEL PROBLEMA**
- **TRATAMIENTOS PREVIOS**
- **MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS**
- **RECURSOS Y LIMITACIONES**

16

ASPECTOS A RECOGER EN LA ENTREVISTA

- ✓ Aspectos ambientales de la historia del cliente, y su impacto emocional
- ✓ Reacciones de las personas de su entorno ante las conductas depresivas del cliente.
- ✓ Información sobre aspiraciones abandonadas, el sentido de la propia vida (valores personales). Repaso por las principales áreas vitales.
- ✓ Factores positivos y negativos en la actualidad.
- ✓ Pérdida de rutinas

17

REGISTROS DE ACTIVIDAD

Funciones

Fecha: 2 de Oct	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00	Dormido	Dormido	Dormido	Dormido	Dormido		Dormido
7:00							
8:00	En la cama (1)	En la cama (2)	En la cama (2)	En la cama (1)	En la cama (1)	Dormido	En la cama (2)
9:00						Desayuno	
10:00	En la cama (1), Triste	Voy al médico. Preocupado	Salgo a comprar (3), D=5 Du	Uso correo (3), Ayudado	Asido de un amigo, pero no sé qué contestar (3), D=5	Me siento un poco mejor, pero no sé qué hacer (2)	Distruido, No sé qué hacer (2)
11:00	Desayuno (3)		Desayuno en un bar (4)	Lo dejo sin acabar (1)	Mira internet (5)	Desayuno (3)	
12:00	En el salón, sin hacer nada (2)	En el médico (3)	Al volver ordeno la cocina y me siento (6), D=5	Uso teléfono en internet (2)	Salgo a comprar alguna cosa de la comida (6)	Voy a misa (10-5), Aburrido (6)	Voy a misa con mi mujer (4)
13:00	Ayuda a poner la mesa (3) D=7 D=7		Pongo la mesa (5)	Espero la hora de comer sin hacer nada (1)	Pongo la mesa, Esperamos a mi hijo (6)	Ayuda a poner la mesa (6), D=7	Andamos un poco (5)
14:00	Comer (4)	Pongo la mesa (4)	Comer (5)	Comer (3)	Comemos (6)	Viene mi hijo y su novia (6)	Preparo la mesa (4)
15:00	Uso internet (3)	Comer (3)	Uso la tele (3)	Me voy a la cama (2)	Estoy con mi mujer y mi hijo (6)	Comemos juntas (6)	Comer (4)
16:00	Voy internet (3) P=3			En la cama	Igual	Estamos hablando y bien (6)	
17:00	Paseo con mi mujer (4), P=5	Me duermo	Salgo con mi mujer (4)	Trato de leer un poco (2) D=2	Leo un poco (6), Un poco contento porque me entera más que ayer		En el salón, Voy algo le (10) (4)



- ✓ Proporciona una línea base
- ✓ Ofrece información funcional
- ✓ Permite al cliente aprehender de forma aplicada la lógica del tratamiento
- ✓ Útil frente a recaídas (Kanter et al., 2009)

- Diariamente y lo más próximo a la actividad
- Debe reflejarse el estado anímico
- Emoción e intensidad
- Placer y dominio
- Cualquier actividad
- Valorar la función del registro
- Revisar el registro

18

CUESTIONARIOS

*Behavioral Activation
for Depression Scale*

BADS

25 ítems, de 0 a 6
4 dimensiones:
Activación;
Evitación-rumia;
Trabajo o
rendimiento
académico; vida
social
Puntuación global

*Environmental Reward
Observation Scale*

EROS

10 ítems, de 0 a 4
Grado en que el
entorno refuerza al
sujeto
Consecuencias de
recibir reforzadores:
incremento de la
conducta y afecto
positivo

*Reward Probability
Index*

RPI

20 ítems, de 1 a 4
Situación del sujeto
respecto a su nivel
actual de refuerzo
conseguido según las
conductas que hace o
evita.

19

REGISTRO DE VALORES



3 **Metas u
objetivos
ideales**

2 **No se
pueden
alcanzar**

1 **Sirven
como
guía**

1. Relaciones
2. Formación/carrera profesional
3. Ocio/intereses
4. Mente/cuerpo/espiritualidad
5. Responsabilidades diarias

(Lejuez, 2011)

*Cuestionario de Vida
Significativa (VLQ)*

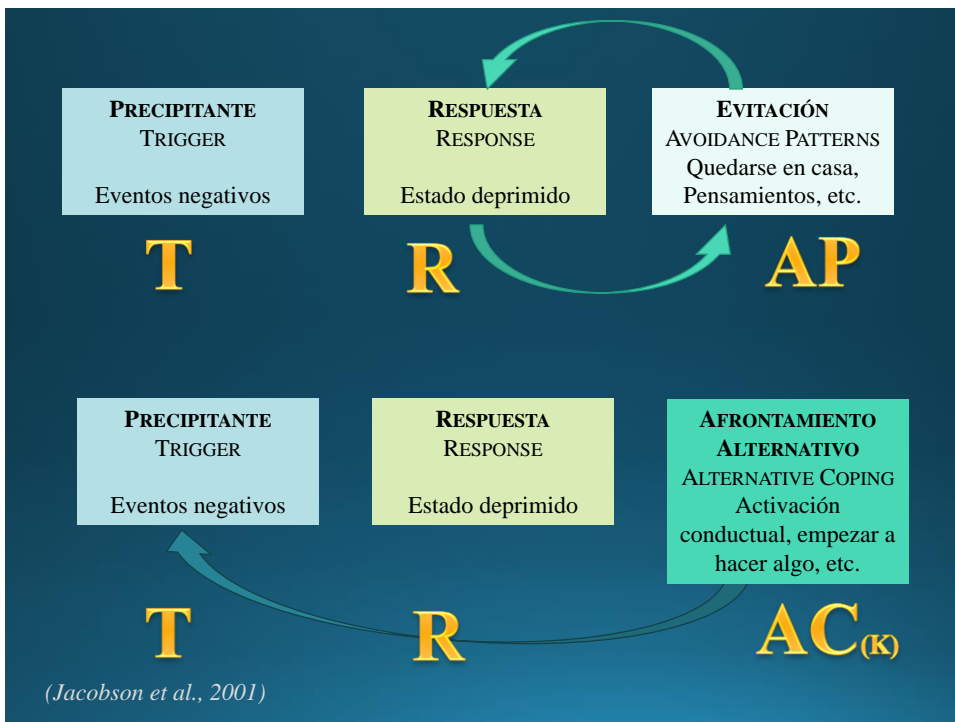
1. Matrimonio, parejas, relaciones íntimas
2. Crianza, cuidado y atención a los hijos
3. Otras relaciones familiares
4. Educación, formación a lo largo de la vida
5. Empleo, trabajo significativo
6. Espiritualidad
7. Ciudadanía, comunidad, altruismo
8. Bienestar físico, autocuidado
9. Organización de la vida, disciplina, finanzas, otros

(Wilson et al., 2010)

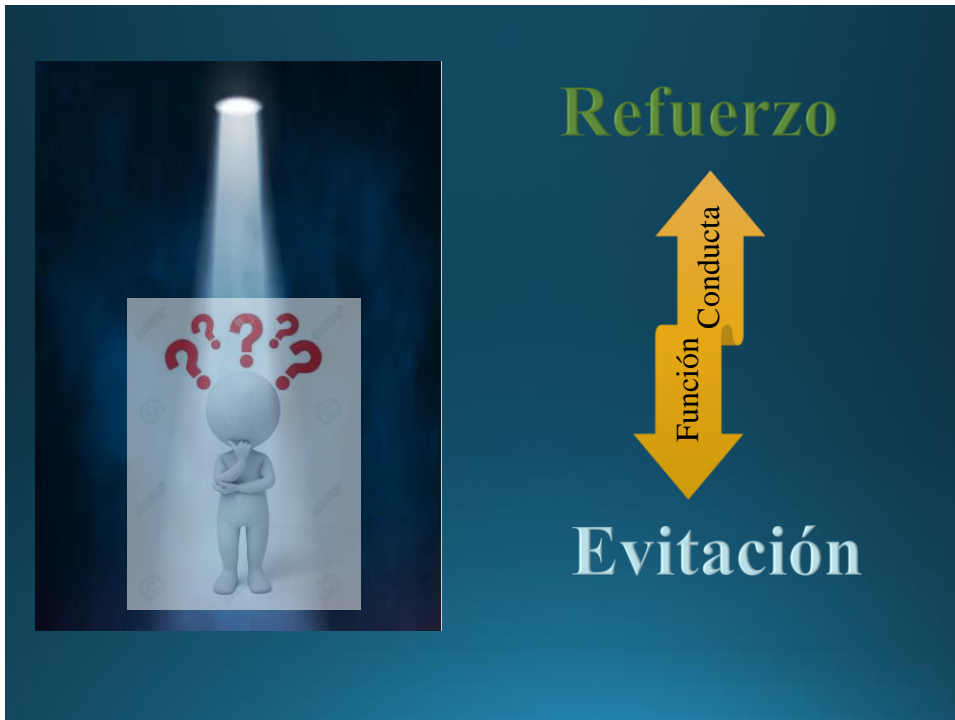
20



21



22



23

- ### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
- 1 **Programación y estructuración de actividades**
 - 2 **Extinción de las conductas de evitación**
 - 3 **Reforzamiento positivo**
 - 4 **Manejo del pensamiento rumiante**
 - 5 **Entrenamiento en habilidades sociales**

24

1. PROGRAMACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE ACTIVIDADES



1 Enfatizar la importancia de hacer

“La manera de cambiar cómo se siente alguien es ayudarle a cambiar lo que hace” (Martell et al., 2010, pág. 22)



25

1. PROGRAMACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE ACTIVIDADES

2 Planificar las actividades de acuerdo con un plan



26

3

Empezar poco a poco y graduar las actividades extensas

- Haz una lista de personas con las que has perdido el contacto
- Reúne los nº teléfono o e-mails de esas personas
- 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 otro viejo amigo
- Repite

4

Concretar la frecuencia, duración, días y horas

5

Actividades que pueden tener un refuerzo más cercano

6

Plantear actividades en forma de continuo y no de todo o nada

7

Actividades asociadas a los valores del cliente

(Adaptado de Martell et al. 2010)

27

8

Elegir actividades variadas

9

Facilitar registros ya preparados con las actividades

10

Revisar siempre las tareas y conferirles la importancia que poseen

28

2. EXTINCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN

VALIDACIÓN

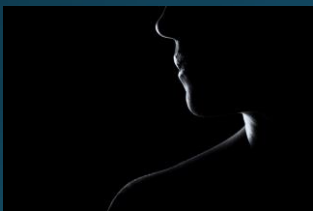
- ✓ Concretar las conductas de forma operativa
- ✓ Deshacerlas por medio de un enfoque de solución de problemas:
 - Plantear soluciones alternativas a la conducta de evitación
 - Seleccionar la mejor
 - Plantear un Plan de acción detallado

A Assess la función de la conducta
C Choose una acción
T Try poner en práctica la conducta elegida
I Integrate nuevas conductas en las rutinas
O Observe los resultados
N Never give up. Continuar con el proceso

29

4. MANEJO DEL PENSAMIENTO RUMIANTE

"Para qué voy a volver a llamar a mis antiguos amigos si sé que realmente no les caigo bien"



- ¿Cuándo sucede?
- ¿Qué lo facilita?
- ¿Qué consecuencias tiene?
- ¿Qué sucede a la larga?
- ¿Cuál es la función de este pensamiento?

M
I
N
D
F
U
L
N
E
S
S

30

4. MANEJO DEL PENSAMIENTO RUMIANTE

La regla de los dos minutos para el reconocimiento de la rumia

Cuando pienses que puedes estar rumiando, continua lo que estás haciendo durante 2 minutos. Para y pregúntate:

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

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

**R
C
A**

La Rumiación Cede el paso a la Acción

Addis y Martell, 2004

31

Intervenciones para gestionar el pensamiento rumiativo

- Destacar las consecuencias de la rumiación
 - *¿Cómo afecta la rumiación a mi estado anímico?*
 - *¿Es útil la rumiación? ¿Me ayuda a resolver problemas? ¿Tiene beneficios o tiene costes?*
- Resolver problemas
- Prestar mucha atención a la experiencia sensorial
 - Ver, oír, oler, tocar o gustar en el momento
- Volver a centrarse en la tarea que tiene entre manos
 - Identificar los pasos concretos que son necesarios para completar la tarea
- Desviar la atención de los pensamientos rumiativos
 - Realizar alguna actividad con el cuerpo o con la mente
 - Dirigir la atención hacia un centro de interés que distraiga de los pensamientos rumiativos.

(Adaptado de Martell et al. 2010)

32

Gestión de dificultades: Papel de las Habilidades Terapéuticas



33

HABILIDADES CLÍNICAS DEL TERAPEUTA



The Society for the
Advancement of
Psychotherapy



Mejora del paciente



34



35



36

EL PODER DE LA EVITACIÓN

- Las personas tienden a la evitación cuando los intentos de solucionar problemas o implicarse en su entorno no son reforzados o son castigados.
- Cuando una conducta es reforzada de forma negativa, aumenta la probabilidad de que se mantenga.
- Una persona deprimida necesita (para activarse) aumentar el esfuerzo para superar los síntomas depresivos. Este aumento del esfuerzo es algo aversivo.
- Las personas con depresión sufren un deterioro cognitivo, lo cual dificulta la resolución de problemas. No pueden hacerlo sin ayuda.
- Es difícil afrontar la evitación y activarnos cuando estamos deprimidos. Los clientes deprimidos actúan de un modo que parece natural y necesitan ayuda para afrontar la activación.

(Adaptado de Martell et al. (2010))

37

V
A
L
I
D
A
C
I
Ó
N

Demostrar al cliente comprensión de sus experiencias y de los sentimientos derivados de dichas experiencias

- La depresión es una respuesta natural ante cambios y situaciones ambientales estresantes
- El cliente hace lo que es normal en su situación. Su forma de sentir y actuar tiene todo el sentido
- El cliente quiere hacer actividades. El problema es “¿de dónde saco las fuerzas?”

Escucha activa

Empatía

Reflejo

Clarificación

- Reconforta al cliente
- Desculpabiliza

38

PREJUICIOS

Incumplimiento de tareas
Dejarez en los registros

Desatención en la consulta, falta de implicación

Paciente **no motivado**, no colabora, no quiere cambiar, **paciente imposible**, etc.

- El cliente desmotivado no existe
- Imposible = imposible de llevarse a cabo con los medios empleados






(Duncan, Hubble y Miller, 1997)

39

¿Qué podemos hacer?




Principio 8: Insistir en un enfoque empírico de RP y reconocer que todos los resultados son útiles

“Hmmm. Parece que todavía no hemos solucionado este problema. 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”

No se culpabiliza

¿Qué podemos aprender?

Valoración de los factores contextuales y los obstáculos que impiden el éxito



40



El cliente no ha entendido la programación o la tarea



Monitorización inadecuada por parte de los clientes (identificación de emociones concretas, intensidad del estado anímico)



Los clientes podrían carecer de las habilidades necesarias para completar una tarea (asertividad, gestión del tiempo, etc.)



Existencia de problemas en el entorno que interfieran en la tarea.



La tarea puede no estar lo suficientemente graduada



- Exposición en imaginación
- Técnica “Actuar como si”

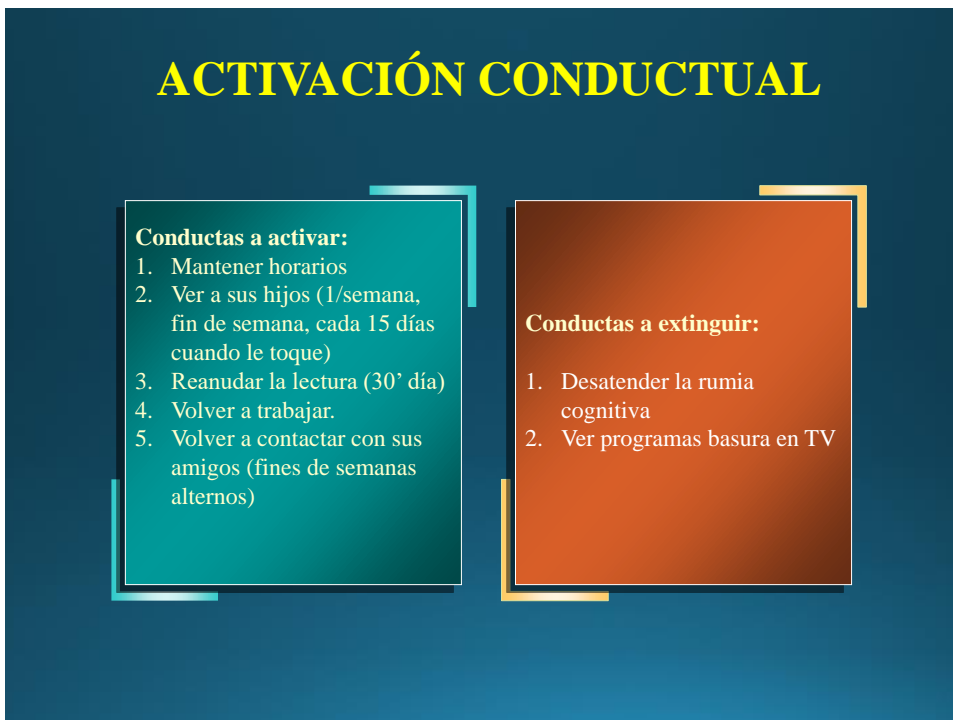
41

CASO CLÍNICO

42



43



44

