

Efectos de la activación conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso

Rafael Romero Gamero

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Silvia Poves Oñate

Hospital Virgen de la Merced de Osuna (Sevilla)

Nicolás Vucinovich

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

RESUMEN

Se expone la intervención sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa, y la discapacidad percibida en una paciente afectada de un trastorno psicótico. La intervención ha consistido en 14 sesiones de Terapia de Activación Conductual. Los instrumentos de evaluación usados (BDI, PANSS, SDI) demuestran una significativa mejoría tras la intervención, dejando de presentar sintomatología compatible con un episodio depresivo, mejoría marcada en la sintomatología, tanto psicótica como general, y con una disminución de los niveles de discapacidad percibida pasando de una marcada afectación a unos niveles leves tras la intervención. Estos resultados se han mantenido en el seguimiento de 16 semanas. Estudios futuros deberían de confirmar estos datos iniciales.

Palabras clave: activación conductual; depresión; psicosis; discapacidad.

ABSTRACT

It is exposed the intervention on depressive symptoms, psychotic symptoms both positive and negative, and perceived disability of a female patient with a psychotic disorder. Treatment consisted in 14 sessions of Behavioral Activation Therapy. Pretreatment measures (BDI, PANSS, SDI) show a significant improvement. Depressive disorder was in remission and we find a remarkable improvement in symptoms, psychotic as well as general symptomatology. There was a decrease in the levels of perceived disability, from marked affectation to some mild levels after treatment. These results were maintained at follow-up of 16 weeks. Further studies should confirm these initial data.

Keywords: Behavioral activation; depression; psychosis; disability.

Introduccion

En las últimas décadas se han producido grandes avances en el tratamiento psicológico de la depresión con el desarrollo de abordajes de demostrada eficacia y efectividad. Entre ellos destacan la Terapia Cognitivo-Conductual y la Psicoterapia Interpersonal (Elkin et al., 1989); National Institute for Clinical Excellence, 2009.). Sin embargo, los resultados de los últimos estudios sobre los componentes eficaces de la Terapia Cognitivo-Conductual indican que la eficacia del componente conductual es equivalente al tratamiento completo (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996).

El abordaje conductual de la depresión cuenta con una larga historia. Hace más de cuatro décadas autores como Ferster (1973) entendían el estado depresivo como consecuencia del descenso del reforzamiento positivo que se originaba por la falta de emisión de conductas adaptativas; es decir, de acciones que podían llevar a obtener una gratificación por el contacto con otras personas o directamente por las mismas actividades. Posteriormente Lewinsohn (1974) presenta su enfoque de la sintomatología depresiva, relacionándolo con un descenso de la tasa de reforzamiento positivo contingente guardando relación tanto con el número de reforzadores existentes como de operantes que emite el sujeto. Ambos autores señalan como objetivos del tratamiento tanto el incremento de actividades reforzantes como el bloqueo de la evitación y la recuperación de interacciones sociales.

A pesar de los logros sobresalientes alcanzados con un enfoque puramente conductual, en la década de los años ochenta del pasado

siglo ganó terreno la idea de que una combinación de estrategias tanto cognitivas como conductuales era el tratamiento psicológico de elección para la depresión (De Rubeis & Crits-Christoph, 1998). Sin embargo los estudios de autores como Jacobson et al. (1996) han puesto en entredicho la incorporación de técnicas cognitivas como elemento esencial. A partir de estos resultados se plantea la recuperación decidida de las técnicas comportamentales lo que ha dado lugar al desarrollo de la denominada Terapia de Activación Conductual para la Depresión (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001).

Este nuevo enfoque de abordar los problemas psicológicos, la Activación Conductual (AC), presenta una serie de características que la diferencia del enfoque tradicional del tratamiento cognitivo-conductual (Pérez, 2006):

- 1) Se destaca el papel del contexto donde se desenvuelve el sujeto.
- 2) Se prioriza que el paciente este en contacto con actividades que puedan ser reforzadas en su contexto.
- 3) Se modifica el ambiente, no el pensamiento ni las emociones.
- 4) El foco de atención psicopatológica es impedir la evitación conductual.
- 5) La persona es entendida en el ámbito contextual e idiográfico.
- 6) Se enfatizan las contingencias naturales de reforzamiento.

Desde esta perspectiva, la mayoría del comportamiento desplegado por los pacientes con depresión se puede entender como

conducta de evitación (que supone la inactividad, el abandono de actividades gratificantes, el delegar responsabilidades, etc.) ante situaciones que han adquirido un alto control punitivo. Esto impide que se desarrollen conductas que suponen contacto con posibles fuentes de reforzamiento positivo (en el contexto de las relaciones sociales, familiares, de tiempo libre, aficiones, etc.) manteniendo de éste modo un contexto depresivo al impedir el desarrollo de comportamientos antidepresivos. Por consiguiente el restablecer al paciente en un marco de acción y nuevas rutinas puede dar pie al contacto con las fuentes reforzantes produciendo un bloqueo de las conductas depresivas. Cualquier tratamiento que permita recuperar el contacto con las actividades gratificantes sería eficaz por sí mismo. Esto supone una perspectiva funcional, analizando los eventos destacados que ocurren en las vidas de las personas deprimidas, las conductas que desarrollan ante los eventos y las consecuencias que se obtienen.

Esta nueva perspectiva ha dado lugar al desarrollo de dos enfoques con sus correspondientes manuales de tratamiento (Barraza, 2009). Por un lado el modelo denominado Activación Conductual (AC) desarrollado por Martell, Addis y Jacobson (2001) y Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010). Estos autores realizaron un esfuerzo por restablecer la teoría original conductual recibiendo una gran influencia de la obra de C.B. Fester que enfatizaba el papel de la evitación en el mantenimiento de la problemática depresiva. Por otro lado, Lejuez, Hopko y Hopko (2001) han desarrollado el modelo de Tratamiento Breve de Ac-

tivación Conductual para la Depresión (TACD). Estos autores destacan la ley de la igualación de Herrstein (1970), que subraya la importancia de observar el contexto completo en el que ocurre la conducta, no sólo los reforzadores específicos que siguen a la conducta específica.

Ambos modelos añaden, a la visión funcional de la problemática depresiva, una elaboración teórica más perfilada, un nuevo enfoque sobre los aspectos motivacionales, un protocolo de tratamiento organizado jerárquicamente de las técnicas de activación conductual más contrastadas empíricamente, el trabajo de la rumia cognitiva desde una perspectiva funcional, el desarrollo de instrumentos de evaluación originales y la búsqueda de evidencia empírica de sus intervenciones.

Exponiendo lo anterior de forma más concreta, respecto al marco teórico aunque ambos enfoques comparten un modelo muy semejante presentan algunas diferencias, siendo lo más característico que en el modelo de AC presentado por Martell et al. (2010) la atención se dirige hacia el reforzamiento negativo y en la TACD se añade, además la importancia del reforzamiento positivo que se obtiene de las conductas depresivas. El trabajo de la motivación en ambos modelos es imprescindible, se valora como fundamental que la persona entienda y se muestre de acuerdo con el modelo teórico presentado así como entender la importancia de comprometerse en unos objetivos indistintamente del estado anímico. Para favorecer este trabajo debe prestarse especial cuidado a la relación terapéutica y a la muestra de empatía a la hora de convencer y apoyar en el proceso de terapia. En cuanto a las técnicas

de intervención, la técnica básica es la programación de actividades en ambos modelos y su correspondiente automonitorización. En el modelo AC se incluyen además otras técnicas conductuales como la exposición a situaciones evitadas, la distracción temporal o el entrenamiento en asertividad. En cuanto a la frecuente rumiación cognitiva, en el modelo AC se establece un trabajo directo a través del cuestionamiento de su funcionalidad, sin embargo desde el modelo TACD no se plantea ninguna intervención directa, considerando su desaparición en la medida en que avance la activación conductual. Sobre la estructura y duración de las sesiones ambos modelos abogan por la brevedad, siendo este tema más evidente en el modelo TACD donde se establece una duración de 10 a 15 sesiones con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanales al comienzo y con sesiones posteriores semanales de entre 15 a 30 minutos. En el modelo AC la duración del tratamiento puede ser mayor, esperable al plantearse el uso potencial de un número mayor de técnicas, de entre 20 a 24 sesiones con una frecuencia bisemanal al principio y posteriores citas de una hora de duración. Finalmente en cuanto a los métodos de evaluación usados, aparte del uso del análisis funcional, es frecuente el uso de cuestionarios tradicionales para la valoración de la sintomatología depresiva y de instrumentos desarrollados dentro del modelo de la Activación Conductual como son el *Environmental Reinforcement Observation Scale* o EROS (Armento & Hopko, 2007) y el *Behavioral Activation for Depression Scale* o BADS (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch, & Sedivy, 2009). El

EROS es una breve escala de 10 ítems desarrollada para obtener una medida del grado en que el entorno refuerza al sujeto. Los elementos que lo componen miden el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de experimentar vivencias reforzantes del entorno. Por su parte, el BADS es una escala de 25 ítems que evalúa cuatro dimensiones: (1) Activación; (2) Evitación / Rumia; (3) Afectación del trabajo o del rendimiento académico; y (4) Afectación de la vida social. Además de obtener una puntuación general (Barraca & Pérez Álvarez, 2015).

Las aplicaciones clínicas realizadas han sido diversas. La mayor parte de los estudios han buscado mostrar la efectividad del presente enfoque en población adulta diagnosticada con depresión mayor (Coffman, Martell, Dimidjan, Gallop, & Hollon, 2007; Barraca, 2010; Hunnicutt-Ferguson, Hoxha, & Gollan, 2012) y distimia (Barraca, 2014). Existen estudios que muestran su efectividad en comparación con otras intervenciones tanto farmacológicas (Dobson et al., 2008) como psicológicas (Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009), comparando principalmente los efectos de esta con la terapia cognitivo-conductual. Con adolescentes se han desarrollado algunas investigaciones con resultados positivos (Ritschel, Ramirez, Jones, & Craighead, 2011). Su uso se ha extendido a otras patologías como el trastorno de personalidad límite (Hopko, Sánchez, Hopko, Dvir, & Lejuez, 2003), Trastorno por estrés postraumático (Mulick & Naugle, 2004; Wagner, Zatzick, Ghesquiere, & Jurkovich, 2007), consumo de sustancias (MacPherson et al., 2010), población hospitalizada con múltiples diagnósticos

(Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, & Neil, 2003) y pacientes oncológicos (Fernández et al., 2011; Fernández, & González, 2014). Por otro lado, la AC ha mostrado ser útil para la intervención en contextos de salud pública (Porter, Spates, & Smitham, 2004).

Finalmente se ha comenzado a utilizar en pacientes con patología mental grave como son las personas afectadas de trastornos del espectro psicótico (Fernández, Fombellida, & Montero, 2014; Mairs, Lovell, Keeley, & Campbell, 2011; Romero, Poves, & Vucinovich, 2011). Concretamente el estudio de Romero et al. (2011) expone el caso de un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y sintomatología depresiva, los resultados fueron muy destacados tanto en la resolución definitiva de episodio depresivo, además se produjo un descenso significativo tanto en la sintomatología general como en la propiamente psicóticos, tanto en el síndrome positivo como en el negativo. Fernández et al. (2014), también en el contexto de la atención sanitaria pública, expone el caso de un paciente con esquizofrenia paranoide con resultados importantes en distintos síntomas tan limitantes como el enlentecimiento psicomotor, el ensimismamiento y de las preocupaciones somáticas, con una recuperación del proceso de volición y la mejora de las funciones cognitivas. Estos resultados aunque positivos hay que tomarlos con cautela en espera de un mayor número de estudios. Finalmente ambos estudios, realizados en nuestro país y en la sanidad pública, destacan la utilidad del presente enfoque a la hora de trabajar con personas con trastornos psicóticos. Se adapta a las necesidades y difi-

cultades cognitivas que presentan y a los cambios vitales sufridos tras el diagnóstico con la correspondiente pérdida de reforzadores. Asimismo agradecen un tratamiento donde su opinión y valores son parte esencial del tratamiento alejado del enfoque estrictamente médico que suelen recibir.

Con el objetivo de incrementar el conocimiento de la aplicación del enfoque de AC en pacientes psicóticos se expone el siguiente trabajo. Se presenta los resultados de la aplicación de una intervención siguiendo el enfoque de Activación Conductual para el tratamiento de la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica, evaluando tanto el síndrome positivo como negativo, así como en la capacidad de la intervención a la hora de disminuir el nivel de discapacidad percibida.

Método

Participante

Alicia es una mujer de 36 años. Vive en una zona rural y posee estudios universitarios. Sin antecedentes psiquiátricos de interés, hasta hace tres años que comienza a presentar dificultades de tipo laboral. Alicia es miembro de un sindicato y es defensora de los derechos de las mujeres en su trabajo, tras ciertos cambios en la empresa comienza a sufrir lo que ella considera desplantes, comentarios machistas y reacciones vejatorias por parte de los directivos. A partir de aquí comienza a presentar tendencia al aislamiento con reducción significativa de sus relaciones sociales, irritabilidad constante con un menoscabo de su relación de pareja que concluye en ruptura con el correspondientes incremento del afecto negativo y

de la rumia cognitiva centrada en pensamientos recurrentes de fracaso, elevados niveles de desesperanza, llanto frecuente, anhedonia, insomnio y falta de apetito. Consulta por primera vez a un psiquiatra que considera un diagnóstico de trastorno adaptativo y tras tratamiento farmacológico antidepressivo mejora levemente. Aprovechando esta mejoría se reincorpora laboralmente. Sin embargo a los pocos meses comienza a presentar periodos de un ánimo expansivo, actividad sin reposo, aceleración de pensamiento, labilidad emocional y autoestima elevada, que son intercalados con fases de tipo depresivo. Entre ambas fases, y durante ellas, perduran gran suspicacia con ideas delirantes de tipo persecutorio y de perjuicio: quieren acabar con ella y cree que está siendo controlada por correo electrónico y teléfono por los directivos del trabajo. No presenta sintomatología alucinatoria. Se incrementa la evitación social activa y la apatía manteniendo una sintomatología depresiva intensa. La intensificación de la sintomatología psicótica ha supuesto dos ingresos breves en la unidad de hospitalización de salud mental vividos de forma aversiva. Se plantean por los diversos profesionales que le han atendido diversos diagnósticos en el rango de la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno esquizoafectivo. Tras una detenida valoración se concluye que el diagnóstico más apropiado, atendiendo a la duración y gravedad de la sintomatología afectiva y psicótica presentada, es la de Trastorno psicótico no especificado (DSM-IV-TR).

Tras recibir diversos tratamientos farmacológicos antipsicóticos e intervenciones psicoterapéuticas (de apoyo y grupal) por los profe-

sionales de la unidad de salud mental comunitaria se ha producido una mejoría significativa de la sintomatología psicótica positiva y leve a nivel de síndrome negativo, pero se considera pertinente su derivación al hospital de día de salud mental para recibir un tratamiento más intensivo debido a la escasa mejoría presentada en la sintomatología depresiva y en su nivel de funcionamiento. Tras el análisis funcional se concluyó que un tratamiento basado en los principios de la activación conductual sería el más apropiado.

Resumiendo, la problemática laboral inicial supuso para la paciente un estrés intenso y mantenido en el tiempo que le lleva a presentar el correspondiente estado afectivo negativo. La relación afectiva que mantenía se vio afectada con un incremento de la conflictividad que previamente existía, llevándole a una dolorosa ruptura. La pérdida del apoyo emocional que suponía aún la relación intensifica la rumia cognitiva, el ánimo depresivo, la tendencia al aislamiento social e inactividad. Poco a poco fue evitando el contacto con estímulos gratificantes, como las relaciones con amistades y el cuidado de su hija de 7 años. La sintomatología de tipo expansiva y delirante se puede entender como intentos de escape de su estado depresivo pero con resultados disfuncionales incrementando su contexto depresivo y alejándola de las facetas valiosas vitales como sus amistades, el trabajo y la relación con su hija. Por consiguiente se observa una reducción significativa del refuerzo positivo unido a un incremento del refuerzo negativo. Por consiguiente atendiendo a las características del caso presentado se ha considerado que

un trabajo terapéutico desde la Terapia de Activación Conductual podría ser especialmente beneficioso.

Instrumentos

La valoración psicométrica consistió en los siguientes instrumentos administrados en tres momentos: al principio, al final de la intervención y a los seis meses de seguimiento.

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Es el instrumento de autoinforme más utilizado para la valoración de los síntomas depresivos (Sanz & Vázquez 1998). Se compone de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión. Muestra una buena fiabilidad y consistencia interna. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, y las respuestas van de 0 (ausencia) a 3 (máximo nivel del síntoma evaluado). Destaca por el predominio de ítems centrados en los componentes cognitivos de la depresión, aunque mantiene elementos somáticos. Los puntos de corte usualmente utilizados son: no depresión: 0–9 puntos; depresión leve: 10-18 puntos; depresión moderada: 19-29 puntos; depresión grave: ≥ 30 puntos.

La Escala de Síndromes Positivo y Negativo (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) fue desarrollada por Kay, Fiszbein y Opler en 1987 y está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* de Overall y Gorham (1962). Consta de 30 síntomas que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). De los 30 síntomas, siete constituyen la escala positiva (PANSS-P) (delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación,

grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad), siete la escala negativa (PANSS-N) (embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad en el pensamiento abstracto, fluidez en la conversación y pensamiento estereotipado) y los dieciséis restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG) (preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa). El estudio de la validación española de la PANSS (Peralta & Cuesta, 1994) señaló una fiabilidad interobservador de 0,71 y 0,80, para las escalas positiva y negativa, respectivamente; en la escala de psicopatología general, el acuerdo fue moderado. La consistencia interna de la escala positiva resultó moderada (0,62) y la de la escala negativa elevada (0,92); la escala de psicopatología general presentó una consistencia interna modesta (0,55) (Peralta & Cuesta, 1994). La validez de criterio se mostró elevada en las escalas positiva ($r = 0,70$) y negativa ($r = 0,81$).

Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI). Se dirige a valorar la discapacidad percibida por los pacientes debido a su alteración psicopatológica, evaluando su interferencia en tres áreas (laboral, social y familiar) en una escala de 0 a 10 cada una. Junto a estas tres medidas se valora el nivel de estrés percibido en una escala de 10 puntos y el apoyo social percibido de 0 a 100

puntos. No existen puntos de cortes, a mayor puntuación mayor discapacidad percibida. Su sencillez permite su uso en pacientes gravemente afectados (Sheehan, Hamett-Sheehan, & Raj, 1996).

Procedimiento

De los dos protocolos existentes nos hemos decantados por el modelo AC (Martell et al., 2010) al considerarlo, tras el análisis del caso, como más pertinente. En concreto, el protocolo de AC: (1) enfatiza el papel del reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos aspecto claramente presente en el caso que nos ocupa; (2) dispone de un abanico más amplio de estrategias de intervención además de la incorporación progresiva de tareas y, finalmente, (3) hace hincapié de forma explícita en el área de intervención sobre las respuestas depresivas cognitivas, como la rumiación constante.

La intervención activa consistió en 14 sesiones semanales de una hora de duración. Las 2 primeras sesiones se centraron en la valoración del caso, estudio psicométrico inicial, análisis funcional, establecimiento de objetivos y presentación del tratamiento. Las 12 sesiones restantes consistieron en la ejecución del tratamiento propuesto. Los objetivos fueron consensuados con la paciente atendiendo siempre a trabajar las áreas que eran consideradas valiosas para ella.

Los aspectos a trabajar, tras el análisis de las áreas vitales valiosas (trabajo, relaciones sociales, tiempo de ocio, cuidado físico/espiritual y responsabilidades diarias), se especificaron en los siguientes objetivos generales, los cua-

les fueron concretados en diversos objetivos más específicos a lo largo del tratamiento, por ejemplo:

1) Regular los hábitos de sueño, manteniendo un horario fijo para acostarse y levantarse.

2) Incrementar de forma paulatina el tiempo dedicado a su hija, aspecto muy valioso para la paciente, comenzando por las actividades lúdicas pasando posteriormente, y al ritmo de mejora anímica, a actividades de tipo escolar.

3) Incrementar el contacto con amistades previas.

4) Retomar el contacto con compañeros de trabajo, actividad consideraba relevante para su recuperación pero vivida como la más aversiva de todas.

5) Aprendizaje de habilidades de conciencia como autocuidado a largo plazo.

Junto a la programación de actividades se utilizó el trabajo sobre la funcionalidad de las conductas desplegadas a nivel cognitivo, en concreto, sobre la rumia cognitiva: si le ayudaba o no a lograr sus objetivos el pensar tanto sobre su pasado y cuestionar sus capacidades. Junto a esto se le instruyó en técnicas básicas de atención plena, en concreto, el fomento de la atención a la experiencia del momento presente (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) y pautas de habilidades sociales para realizar y rechazar peticiones fomentando conductas más asertivas.

El trabajo sobre las conductas de evitación que presentaba (principalmente, postergar ac-

tividades y la tendencia a pasar largo tiempo en cama) se realizó, nuevamente, centrándose en su funcionalidad, en los resultados negativos a largo plazo que les suponía y buscando comportamientos alternativos desde un enfoque breve de resolución de problemas (Martell et al., 2010)

Durante las sesiones se vinculaba el estado de ánimo con la realización de actividades, utilizándose para ello gráficos y registros que se iban realizando de forma conjunta por el terapeuta y la paciente. Cada paso que se daba en su programa terapéutico era consensuado con la paciente. Se señalaba siempre la importancia de mantener y perseverar en su ejecución para conseguir una mejoría paulatina a medio plazo. Asimismo, se concretaban el nivel de ejecución y dificultad de cada actividad para su implementación paulatina y en correspondencia con la capacidad del paciente en cada momento.

La principal dificultad encontrada al inicio de la intervención se centró en la confección de los autorregistros, herramienta esencial para entender la lógica de la intervención. La paciente mostró una conducta de evitación consistente en negarse a realizarlos, considerando que le llevaría a sentirse peor al ver lo vacía que se encontraba su vida, se le recordó que el objetivo era incrementar la riqueza de su vida a través de actividades valiosas y que el malestar inicial que vivía como inevitable iría desapareciendo al incrementarse su nivel de actividad. Para favorecer su cumplimiento se le planteó su realización como otro objetivo terapéutico y se le pidió al principio, traer al menos un registro de actividades durante las primeras

semanas, recogiendo la actividad a incrementar y el estado de ánimo. El trabajo en sesiones consistió en completar el autorregistro con la información de algún día más y el refuerzo de cada avance que realizaba en su cumplimentación, así como el refuerzo de las muestras de interés que iba manifestando. Los anteriores fueron elementos esenciales para que se fuera incrementando tanto la complejidad como el número de días registrados.

Un aspecto esencial de la AC, y que adquiere un valor imprescindible en casos como el presente, ha sido el trabajo sobre la relación terapéutica, se ha trabajado desde el empirismo colaborador, atendiendo a los objetivos planteados en todo momento por ella, mostrando empatía y no cuestionando la realidad de las vivencias que ella verbalizaba. La paciente comentaba haberse sentido incomprendida al ser cuestionada por otros profesionales que le habían atendido.

Tras la intervención terapéutica realizada la paciente ha recibido un total 8 sesiones quincenales dirigidas a un seguimiento de su estado anímico y de refuerzo del uso de las habilidades aprendidas. En esta fase el papel activo recayó en la paciente, el terapeuta no explicó ninguna habilidad nueva y se centró en reforzar el uso de las ya aprendidas.

Resultados

La paciente fue evaluada al inicio de la intervención, al concluir la intervención activa y en un seguimiento a las 16 semanas. Los resultados de las distintas pruebas psicométricas administradas aparecen en la Tabla 1.

Los datos en el BDI demuestran un claro ni-

vel de sintomatología depresiva al inicio de la intervención con una puntuación indicativa de sintomatología depresiva grave. Tras la intervención presentó un claro descenso, pasando a un nivel de depresión leve. Tras el seguimiento, se incrementa la mejoría observada en la evaluación postratamiento, con una puntuación indicadora de ausencia de depresión.

Respecto a los datos iniciales obtenidos en la PANSS se han producido descensos tanto a nivel de la puntuación total así como en cada una de las tres subescalas, manteniéndose los resultados en el seguimiento. En la puntuación total se observa un claro descenso en la sintomatología total con una disminución al final de la terapia en 26 puntos. Es de destacar el destacado descenso tanto en sintomatología negativa como en la general.

En cuanto a los niveles de discapacidad obtenidos a través de la SDI, los datos indican un descenso muy destacado en la percepción

de discapacidad en las tres áreas evaluadas, pasando de una puntuación de una marcada afectación tanto en el área social como familiar a niveles leves de afectación. En cuanto al perjuicio que le han supuesto los síntomas depresivos actuales a nivel laboral, se ha pasado de una puntuación de extrema afectación a un nivel moderado. Los datos obtenidos respecto al estrés percibido en su vida actual señalan un descenso muy destacado, desde niveles marcados a un nivel leve. Finalmente el nivel de apoyo subjetivo que ha precisado evaluado a través del SDI, se ha producido una mejoría moderada, pasando de un 20% a un 60%, es decir, de un apoyo escaso a un nivel moderado. Los datos obtenidos en el seguimiento indican no solo un mantenimiento sino un descenso de la discapacidad percibida. Especialmente destacada es la ausencia completa de discapacidad percibida en el área familiar con una recuperación del nivel de funcionamiento

Tabla 1
Resultados de las pruebas

Variable	Puntuaciones pretratamiento	Puntuaciones postratamiento	Puntuaciones en seguimiento
PANSS-Total	61	35	37
PANSS-Positiva	9	7	7
PANSS-Negativa	16	9	10
PANSS-General	36	19	20
BDI	36	12	8
SDI-Social	8	3	3
SDI-Familiar	8	2	0
SDI-Laboral	9	5	3
SDI-Estrés	8	3	2
SDI-Apoyo Social	20%	60%	70%

Nota: PANSS: The Positive and Negative Síndrome Scale; BDI: Beck Depression Inventory; SDI: Sheehan Disability Inventory.

óptimo, que no disponía desde mucho antes de comenzar su trastorno psicótico. En cuanto a los niveles de discapacidad en la esfera social los resultados indican que se mantienen los niveles que se obtuvieron al final del tratamiento. En cuanto al perjuicio a nivel laboral, se ha producido un incremento de su capacidad, con un descenso de los niveles de discapacidad, pasando del nivel moderado a un nivel leve de afectación funcional. Los datos obtenidos respecto al estrés percibido en su vida actual muestran que se mantienen los resultados al concluir la terapia e incluso se incrementa la mejora alcanzada. Finalmente respecto al nivel de apoyo subjetivo se ha producido un incremento pasando a una puntuación del 70%, es decir, de un apoyo moderado a un nivel de apoyo social considerable.

Discusión

Los pacientes que reciben un diagnóstico de trastorno mental grave deben de enfrentarse a una serie de cambios difíciles de asimilar que suponen una ruptura con el estilo de vida llevado hasta esos momentos: el seguir un tratamiento estricto, una reducción o eliminación de la actividad laboral, afectación en su vida familiar, social, etc. La propia psicopatología de tipo psicótica, tanto negativa como positiva, le puede llevar a la evitación y abandono de situaciones que suponen una gratificación demorada (búsqueda de nuevos contactos sociales, actividad ocupacional, etc.). El riesgo de suicidio no es tema a minimizar en éstos casos (Meltzer & Baldessarini, 2003). Todo éste contexto al que se ve avocada puede llevar a la persona a un estado depresivo de diversa

intensidad donde el abandono de actividades previamente gratificantes, unido a un importante componente evitativo, se encuentran en la base del mencionado estado. Las limitaciones funcionales son evidentes para ellos y los que le rodean intensificando sus niveles de desesperanza respecto al futuro.

En el presente artículo se ha expuesto la intervención realizada sobre la sintomatología depresiva en una paciente con un trastorno psicótico. La intervención ha consistido en 14 sesiones de Terapia de Activación Conductual para la depresión. La paciente presentó un alto nivel de motivación, se encontraba de acuerdo en que su problemática y su resolución se adaptaba al modelo teórico planteado. Participó activamente en la definición de objetivos y en los medios para alcanzarlos, aspectos básicos para el fomento de una alianza terapéutica positiva. De esta forma ella se convertía en la principal artífice de su tratamiento y no en una mera receptora pasiva de intervenciones. Lo anterior resultó en un incremento de su nivel de control sobre lo que le ocurría en el día a día, aspecto que ella lamentaba no haber podido disfrutar en los tratamientos previos. La medicación se encontraba sin modificar dos meses antes de iniciar la terapia. Durante el último mes de seguimiento se le disminuyó la dosis de tratamiento antipsicótico debido a la mejoría experimentada. Por consiguiente podemos confiar en que la mejoría se debe a la terapia implementada y no al efecto de la medicación. Desde un principio, además de la psicoterapia individual, se le ofertó la asistencia a varios espacios grupales y talleres semanales dirigidos al incremento, entre otras habilidades, de hábitos

más saludables y mejora de sus recursos para hacer frente a la ansiedad. Sin embargo su asistencia fue irregular dejando de acudir a ellos al poco de iniciar la intervención psicológica por lo que se considera que no han influido en los resultados obtenidos. La paciente no concluyó su tratamiento a las 14 sesiones si no que ha recibido una intervención basada en sesiones quincenales que podríamos definir de prevención de recaídas. La gravedad y cronicidad del trastorno que padece así lo requería.

Los resultados demuestran que la intervención ha resultado muy eficaz para disminuir la sintomatología depresiva inicial, dejando de cumplir criterios de episodio depresivo al finalizar el tratamiento y manteniéndose este resultado durante el seguimiento. Unido a lo anterior se ha obtenido una destacada disminución de la sintomatología de tipo psicótica y general. Este estudio confirma los resultados ya obtenidos por otros anteriores (Mairs et al., 2011; Romero et al., 2011; Fernández et al., 2014). La mejoría obtenida en problemas tan diversos como son los de tipo emocional como los de tipo psicótico nos indica que los mismos procesos psicológicos se pueden encontrar detrás del mantenimiento de estos, concretamente, el rechazo a contactar con determinadas experiencias e intentar evitar o alterar su ocurrencia. Supone, de este modo, un cuestionamiento de las clasificaciones psiquiátricas, basadas en la descripción de síntomas sin atender a su funcionalidad, que defienden un modelo de tipo biomédico centrado en un supuesto déficit en la persona, ya sea biológico o intrapsíquico. Como alternativa nos encontramos ante un modelo contextual

(Pérez-Álvarez, 2007) que empieza por enseñar a la persona a comprender su problema en relación a sus circunstancias vitales así como en relación a cómo actúa ante ellas convirtiéndola en un agente activo de cambio (González & Pérez-Álvarez, 2007). Finalmente, la disminución en la discapacidad funcional percibida por la paciente es una muestra más de como este tipo de intervención, al centrarse en el contexto vital de los afectados así como en el fomento de su responsabilidad ante el cambio, en contraposición al modelo médico pasivo, le ha permitido volver a recuperar la vida que deseaba; aspecto éste tan afectado en los pacientes aquejados por un trastorno mental grave y a la vez tan prioritario en su abordaje.

Quedar por dilucidar si el añadir el enfoque de la Terapia de Activación Conductual de forma rutinaria puede incrementar la eficacia de las intervenciones tradicionales de tipo psicosocial, y qué pacientes se podrían beneficiar más, así como su eficacia comparada con otras intervenciones como la terapia cognitivo-conductual (Travé & Pousa, 2012). Las investigaciones futuras deberían de responder a estas interrogantes.

Se abren de éste modo nuevos caminos, tanto teóricos como prácticos, que pueden suponer grandes avances en los próximos años para la psicología clínica. De éste modo el enfoque de Activación Conductual se muestra como una opción terapéutica válida para su aplicación en pacientes con trastornos mentales graves que presentan sintomatología depresiva. Se espera que el presente artículo anime a otros profesionales a investigar la aplicación, tanto teórica como práctica de la

Terapia de Activación Conductual, así como otras terapias contextuales, en el área de los trastornos mentales graves, y de éste modo confirmar, con un mayor número de estudios, nuestros resultados iniciales.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). (2000/2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR* (4.ª ed., rev.) (Trad. T. de Flores, J. Toro, J. Masana, J. Treserra, È. Masana, & C. Udina). Barcelona: Masson.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy, 38*, 107-119.
- Barraca, J. (2009a). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé, 8*, 23-47.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud, 21*, 183-197.
- Barraca, J. (2014). Aplicación de la Activación Conductual (AC) en un paciente con Distimia. Comunicación presentada en el Simposio Invitado "Casos clínicos abordados con terapias de tercera generación" en el X Congreso Nacional de Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada, 22-24 de mayo de 2014.
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés, 16*, 95-107.
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozano Bleda, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADSD) in a Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology, 14*, 998-1009.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 531-541.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmeling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E.,... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dobson, K., Hollon, S., Dimidjian, S., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Gallop, R., Rizvi, S., & Gollan, J. (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*, 468-477.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. S., Sotsky, S. M., Collins, J. F., & Parloff, M. B. (1989). Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. N.I.M.H. *Archives of General Psychiatry, 46*, 973-982.
- Fernández Martín, L. C., Fombellida Velasco, C., & Montero Fernández, C. (2014). Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. *Norte de Salud Mental, 12*, 76-81.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología, 27*, 278-291.
- Fernández Rodríguez, C., Villoria Fernández, E., Fernández García, P., & González Fernández, S. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología, 11*, 199-215.

- González Pardo, H., & Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, *13*, 243-266.
- Hopko, D., Lejuez, C., LePage, J., Hopko, S., & McNeil, D. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, *27*, 458-469.
- Hopko, D., Sanchez, L., Hopko, S., Dvir, S., & Lejuez, C. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 460-478.
- Hunnicutt-Ferguson, K., Hoxha, D., & Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 223-230.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* *64*, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 255-270.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, *29*, 191-202.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*, 36-42.
- Kay S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261-276.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, *25*, 225-286.
- MacPherson, L., Tull, M., Matusiewicz, A., Rodman, S., Strong, D., Kahler, C.,... Lejuez, C. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 55-69.
- Mairs, H., Lovell, K., Keeley, P., & Campbell, M. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification*. *35*, 486-506.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*, 387-411.
- Meltzer, H. Y., & Baldessarini, R. J. (2003). Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. *64*, 1122-1129.
- Mulick, P., & Naugle, A. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*, 378-387.
- National Institute for Clinical Excellence. (2009). *Depression in adults: recognition and management*. Clinical Guideline 90. London: NICE.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, *10*, 799-912.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, *5*, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la

- depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Peralta V., & Cuesta M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, 171-177.
- Porter, J., Spates, C.R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.
- Romero Gamero, R., Poves Oñate S., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 65-75.
- Ritschel, L., Ramírez, C., Jones, M., & Craighead, E.W. (2011). Behavioral activation for depressed teens: a pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 281-299.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 2, 303-318.
- Sheehan, D. V., Hamett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 89-95.
- Segal, V. Z., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.
- Travé Martínez J., & Pousa Tomàs, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33, 48-59.
- Wagner, A., Zatzick, D., Ghesquiere, A., & Jurkovich, G. (2007). Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 341-349.

