

Activación conductual para reducir sintomatología depresiva, caso único

Behavioral activation to reduce depressive symptomatology, single case study

Leila Ariadna Pepinosa Andrade
Licenciada en psicología
Centro de Equidad y Justicia

Jeremy Esdien Andrade Castillo
Licenciado en psicología
Universidad Técnica del Norte

José Fernando Oñate Porras
Master en Psicología Clínica mención Psicoterapia
Centro de Recuperación y Estabilidad Emocional (CREE)

RESUMEN

El presente estudio de caso único examinó los efectos de la terapia de Activación Conductual en la reducción de sintomatología depresiva de un paciente ecuatoriano de 22 años de edad que cursa estudios universitarios. Se utilizó un diseño de experimentación ABA, con mediciones basales (Fase A), una intervención breve de AC (Fase B) y una replicación de la medición basal (Fase A2). La sintomatología depresiva se evaluó por medio del instrumento CES-D. Durante la fase A, se registraron niveles significativos de sintomatología depresiva. En la fase B, se implementó una intervención basada en clarificación de valores, autorregistros y reforzadores positivos. Durante esta fase se observó una disminución gradual de la sintomatología depresiva. La fase A2 se caracterizó por la replicación de las mediciones basales después de la interrupción de la intervención. Los resultados revelaron que la sintomatología depresiva mostraba una ligera tendencia a aumentar durante esta fase, respaldando la relación entre la intervención y la reducción de la sintomatología depresiva.

PALABRAS CLAVE

Activación conductual; depresión; caso único; conductismo.

ABSTRACT

The present single-case study examined the effects of Behavioral Activation Therapy on the reduction of depressive symptomatology in a 22-year-old Ecuadorian patient attending university. An ABA experimental design was used, with baseline measurements (Phase A), a brief BE intervention (Phase B) and a replication of the baseline measurement (Phase A2). Depressive symptomatology was assessed using the CES-D instrument. During Phase A, significant levels of depressive symptomatology were recorded. In phase B, an intervention based on values clarification, self-reporting and positive reinforcement was implemented. During this phase, a gradual decrease in depressive symptomatology was observed. Phase A2 was characterized by the replication of baseline measurements after discontinuation of the intervention. The results revealed that depressive symptomatology showed a slight tendency to increase during this phase, supporting the relationship between the intervention and the reduction of depressive symptomatology.

KEYWORDS

Behavioral activation; depression; single-case study; behaviorism.

Recibido: 06/12/2023; aceptado: 01/09/2024

Correspondencia: Leila Ariadna Pepinosa Andrade. Ibarra, Calle Río Tiputini, Conjunto Portal del Sol. E-mail: leisi249@gmail.com

Introducción

Se ha evidenciado que los trastornos del estado del ánimo tienden a manifestarse durante toda la vida, observándose así, síntomas de forma recurrente y fluctuante (Barnhofer, 2019). Este conocimiento es esencial para comprender y abordar adecuadamente estos trastornos en el ámbito de la salud mental.

Schulz y Arora (2015) mencionan que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a millones de personas en todo el mundo. De hecho, los trastornos emocionales, principalmente ansiedad y depresión, también denominados "Trastornos Mentales Comunes" (TMC), son los más prevalentes a nivel global. Se valora que el 4.4% de la población mundial sufre depresión (más de 300 millones de personas), y el 3.6% ansiedad, siendo mayor su prevalencia en mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2017). A esto se añade una alta comorbilidad, con tasas superiores al 50% (Kessler et al., 2015).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2017), en España se alcanzaban casi los 3.000.000 de personas (5.2%) con depresión, siendo uno los países europeos donde más personas la padecen, viéndose como aumentan las cifras de forma vertiginosa cada año. Consolidándose como principal causa, de carácter no infeccioso, ni físico que se relaciona con mayor incidencia en altas tasas de incapacidad y suicidio (Nemeroff, 2009).

Seguidamente, Gotlib y Hammen (2009) refieren que un aproximado del 20% de la población norteamericana experimenta un episodio clínico de depresión alguna vez en la vida, principalmente las mujeres.

En Latinoamérica, uno de los mayores problemas que se asocian a esta patología es la inexistente cultura de prevención y tratamiento, por ejemplo, en México suelen subestimarse sus efectos a largo plazo, ya que prevalece una percepción generalizada de que la depresión es un estado de ánimo pasajero, y no una enfermedad que debe ser tratada profesionalmente como cualquier otra (Cardona-Arias et al., 2015).

Asimismo, en Colombia se considera que en la población general la prevalencia de este trastorno es del 15 %, viéndose principalmente afectadas las mujeres (Ministerio de Protección Social, 2003) y cuya incidencia ha incrementado de manera sustancial en las últimas décadas.

De acuerdo con la OPS (2020), en lo que corresponde a Ecuador alrededor de los 20 años surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfo), mismos que representan el 42% de la población.

Entre los factores que más influyen en el curso del trastorno y que generalmente resultan poco favorables se encuentran los siguientes: la edad, vivir en un país con escasos ingresos económicos, un nivel de escolaridad limitado, habilidades sociales deficientes, baja autoestima, poco o nulo apoyo social, y presentar comorbilidad con otras dificultades emocionales (Guhn et al., 2019; Gureje, 2011; Nobile et al., 2003; Saenz-Miguel et al., 2019; Torres et al., 2019).

Barraca (2016) alude que durante la génesis y el mantenimiento del "trastorno", este puede

hacerse presente de distintas maneras y tener un impacto significativo en la vida cotidiana de una persona; una forma en la que la depresión puede manifestarse es a través de un ciclo de reducción de la actividad conductual o caer en actividades equivocadas; es decir, cuando la persona está deprimida se vuelve menos activa y el ciclo se repite.

Según Lewinsohn (1974), la teoría conductual explica que la depresión se presenta debido a dos razones principales. En primer lugar, la ausencia o escasez de recompensas en los entornos en los que el individuo interactúa. En segundo lugar, los comportamientos depresivos del individuo pueden convertirse en una fuente de reforzamiento positivo o negativo por parte de otros, como recibir atención o evitar responsabilidades o situaciones desagradables.

Ante la amplia presencia y el considerable efecto que la depresión ejerce en la sociedad, se hace imprescindible disponer de enfoques de intervención eficaz, de fácil acceso y eficiente. (Butler et al., 2006; DeRubeis et al., 2005; Hollon y Ponniah, 2010). Se ha planteado distintas técnicas para el abordamiento de la depresión, entre ellas la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, incluso medicamentos antidepresivos; la División 12 de Psicología Clínica de la Sociedad Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) posiciona a la Terapia de Activación Conductual dentro de las principales terapias psicológicas para el tratamiento de la depresión (American Psychological Association, 2020).

Las técnicas que se emplean en la activación conductual para la mejora de sintomatología

depresiva han conformado una propia terapia, sin embargo, en su proceso de formación esta terapia se ha ramificado en dos protocolos: La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD); si bien las diferencias teóricas entre la AC y la TACD son menores en esencia, podría afirmarse que en la AC el foco de atención se dirige fundamentalmente hacia el reforzamiento negativo (la evitación de determinadas situaciones), mientras que en la TACD se considera, además, la importancia del reforzamiento positivo que el sujeto puede obtener al presentarse como “deprimido” (Barraca, 2009).

La depresión se caracteriza por una propuesta bastante específica dentro de la Terapia de Activación Conductual y los modelos contextuales, los cuales buscan incrementar la actividad conductual del individuo afectado; esto se logra a través de la identificación y planificación de actividades agradables y gratificantes, así como el establecimiento de metas y objetivos a corto y largo plazo, por ende, no considera a dicha condición como un diagnóstico o una “enfermedad psiquiátrica” (Barraca, 2016; Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001; Martell et al., 2010). Más bien, se brinda mayor énfasis al análisis de procesos subyacentes y relaciones de causalidad entre elementos de análisis; por consiguiente, la depresión se explicaría como una manifestación de una serie de reacciones funcionales; es decir, se presenta frente a situaciones ambientales y del historial de aprendizaje del sujeto (Ekers et al., 2014). Debido a ciertos acontecimientos como la pérdida o eliminación de factores importantes para el sujeto (p. ej. en el ámbito familiar y so-

cial se produjera un duelo), o cambios en áreas vitales para la persona (p.ej. modificaciones laborales, económicos o personales); se generarían ciertos patrones depresivos determinados (Barraca y Pérez, 2015).

La activación conductual se basa en la teoría de que la inactividad y la falta de participación en actividades gratificantes pueden exacerbar los síntomas de depresión y empeorar el estado de ánimo; al aumentar la actividad conductual de una persona, se espera que se produzca un cambio positivo en su estado de ánimo y en su calidad de vida en general; se puede promover procesos de cambios que puedan ser sostenibles y que ayuden a la persona en tratamiento a aceptar y procesar el estado de ánimo y los pensamientos asociados (Barnhofer, 2019).

Entre las técnicas de la AC que obedecen a la tradición conductual tenemos: extinción, moldeamiento, desvanecimiento, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas (Barraca, 2009).

El protocolo de AC se sirve de un conjunto amplio de estrategias que tienen en cuenta las manifestaciones depresivas cognitivas, como la rumia y existe evidencia empírica de su eficacia en casos semejantes en los que también había síntomas ansiosos y no se empleó medicación antidepresiva (Cullen et al., 2006; Santiago-Rivera et al., 2008).

Tanto la AC como la TACD ven al cliente no como un enfermo, sino como alguien preso de una situación vital en la que no hay reforzadores positivos contingentes a conductas no depresivas, lo que explicaría el bajo estado

anímico. Además, se considera que debe desbiologizarse y desculpabilizarse al sujeto, ya que, las respuestas depresivas son consideradas lógicas, como un mecanismo de adaptación frente a las circunstancias que vive (Barraca Mairal, 2009; Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001).

De este modo, una vez que se han identificado y planificado actividades agradables, es importante establecer metas y objetivos realistas y alcanzables; esto puede ayudar a la persona a sentir una sensación de logro y aumentar su grado de satisfacción o placer (Lewinsohn y Graf, 1973). También es importante tener en cuenta que la activación conductual no debe ser utilizada como una solución a corto plazo para la depresión, sino más bien como parte de un tratamiento a largo plazo que incluya terapia y, en algunos casos, medicación (Martell et al., 2013).

En resumen, la activación conductual es una técnica útil en el tratamiento de la depresión que tiene como objetivo aumentar la actividad conductual de una persona y mejorar su estado de ánimo. Al establecer metas y objetivos realistas y alcanzables y participar en actividades agradables y gratificantes (Lejuez et al., 2001), se puede ayudar a una persona a sentirse mejor y a mejorar su calidad de vida en general.

Debido a estos factores el presente artículo tiene como objetivo comprobar la eficacia y la efectividad de la terapia de activación conductual para un estudiante ecuatoriano que cursa estudios universitarios. De igual manera, se pretende aportar a la difusión de la evidencia

sobre la activación conductual como posible estrategia de intervención.

Metodología

El estudio fue aprobado por la Coordinación de la carrera de Psicología perteneciente a la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte. Se solicitó el consentimiento informado del participante.

El estudio de caso ABA corresponde a un diseño de investigación de tipo cuasiexperimental. En ocasiones, los estudios de caso utilizan la experimentación, es decir, se constituyen en estudios preexperimentales. Otras veces se fundamentan en un diseño no experimental (transversal o longitudinal) y en ciertas situaciones se convierten en estudios cualitativos, al emplear métodos cualitativos. Asimismo, pueden valerse de las diferentes herramientas de la investigación mixta (Hernández-Samperi et al., 2000). Este enfoque permite una comprensión profunda de la evolución de un individuo a medida que se somete a una intervención específica, y puede proporcionar información valiosa sobre la efectividad de la activación conductual en la reducción de la sintomatología depresiva en un caso individual.

El diseño de investigación concierne a una metodología con enfoque cuantitativo, involucrando el análisis de fuentes de información como conversaciones, experiencias y materiales escritos. Esto con la finalidad de comprender la experiencia subjetiva y la perspectiva del participante con respecto a la activación conductual. Uno de los más relevantes contratiempos con el diseño de estudio propuesto es que no se puede determinar con completa

seguridad que los cambios obedeciesen únicamente a la aplicación de la terapia de Activación Conductual, no obstante, se espera corroborar que no existan cambios en las variables por medio de los auto registros llevados por el sujeto de estudio (Barraca, 2010).

Instrumentos

Para determinar los niveles de la sintomatología y el cambio generado durante el tratamiento, se utilizó:

La CES-D fue desarrollada por Radloff¹ en 1977 y validada en población ecuatoriana por Arias (2019) posee un índice de confiabilidad de Cronbach de 0.91. Este instrumento se utiliza para el tamizaje de casos de depresión basado en su sintomatología, antes del establecimiento de los criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM-IV (González-Forteza et al., 2012). Nos permite identificar el estado de ánimo del participante por medio de reactivos durante las semanas previas a la intervención para establecer una línea base y posteriormente, se la aplicará como post test para comprobar la eficacia del abordaje; entre las ventajas más importantes de esta escala, y para la investigación, es que no está sujeta a derechos de autor y muestra altas propiedades psicométricas (Arias, 2019).

La CES-D se diseñó en formato autoaplicable para registrar los síntomas depresivos y sus diferentes manifestaciones en los últimos siete días (semana pasada), demostrando ser válida y confiable (González-Forteza et al., 2012) en diferentes poblaciones, como la población mexicana con una consistencia interna total de la escala que mostró un alfa de Cronbach

de 0.89 (Terrones–González et al., 2012), y asimismo en la población colombiana en una investigación con estudiantes universitarios, demostró que la escala tenía altos niveles de consistencia interna con un índice de Cronbach de 0.88 (Villalobos y Ortiz, 2012). Se trata de un instrumento tipo Likert de 1–4 puntos que posee una escala de autoinforme de 20 ítems que nos permite identificar los componentes más importantes de la sintomatología depresiva; para ello se realiza una división en cuatro factores: Afecto Negativo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.); Afecto Positivo (sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc.); Síntomas Somáticos y retardo motor (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.); Problemas Interpersonales (sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.) (Arias, 2019).

Participante

Hombre soltero de 22 años, estudiante universitario de la carrera de ingeniería en Telecomunicaciones, mestizo, de nacionalidad ecuatoriana, que presenta sintomatología depresiva, misma que afecta su desenvolvimiento académico, su volición y sus relaciones interpersonales. Se ofreció como voluntario para participar en este estudio de caso único. No había recibido alguna intervención psicológica en el pasado.

El paciente se encontraba angustiado debido a la presión académica y el temor de quedarse atrás en la universidad. Presentó una serie de síntomas que incluyen preocupación constante por su desempeño académico, sintomatología ansiosa, problemas para dor-

mir, dolores de cabeza, sensación de ahogo, agotamiento, cambios emocionales, pérdida de interés en las cosas, aislamiento social y sentimientos de culpa. Además, muestra una tendencia a evitar situaciones incómodas, tiene dificultades para reconocer y validar sus emociones, rumia en pensamientos negativos, tiene problemas de concentración, y presenta movimientos musculares involuntarios y comportamientos autolesivos, como la escoriación en áreas visibles como los brazos, el rostro y el cuello.

El paciente comenzó a experimentar signos que incluyeron tics y tensión muscular debido al estrés universitario crónico. Inicialmente, experimentó ataques de ansiedad y dolor muscular en el cuello, lo que afectó su vida personal, académica y social. Su reacción incluyó evitar el llanto durante los ataques de ansiedad y expresar sus emociones a través de la ira, la participación en peleas y la autolesión. En los últimos 6 meses, su forma de afrontar conflictos cambió, mostrando impulsividad, desconfianza y alteración en los hábitos. Su nivel de afectación fue alto, y evitó situaciones en todos los aspectos de su vida. No había recibido tratamiento psicológico previo. Los síntomas comenzaron a los 22 años y persistieron durante aproximadamente 10 meses hasta la fecha actual.

La evaluación y el tratamiento se basaron en el enfoque de la activación conductual y se complementaron con técnicas de relajación y el entrenamiento en habilidades sociales. Durante la fase de evaluación, se identificaron los síntomas y comportamientos problemáticos con el fin de establecer los objetivos terapéuti-

cos. En la fase de intervención, se llevó a cabo un proceso destinado a mejorar la funcionalidad del individuo que buscaba ayuda.

Procedimiento

Ya que, la AC se dirige principalmente a la reducción (o extinción) de conductas de evitación y tiene su complementación con reforzamiento positivo a comportamientos de activación (Barraca, 2009); se tomó este protocolo como el tratamiento de elección.

Para llevar a cabo este plan de intervención, en primer lugar, se tuvo un acercamiento con el participante y se explicó el proyecto de investigación, a la par que se hizo la primera recolección de puntaje. Además, se realizó la entrevista psicológica y encuadre en donde se obtuvo información pertinente para el análisis funcional. Se inició con la Fase A1, que corresponde a la Línea Base, y se registraron las puntuaciones de la CES-D del participante durante dos semanas previas a la intervención.

La Fase B corresponde al curso de la intervención, en donde la primera sesión partió del análisis funcional y la recolección de datos de la línea base previos; se realizó psicoeducación acerca del modelo de AC, además de la orientación de la óptica de la sintomatología depresiva según este modelo, a la par de la explicación del análisis funcional justificando cómo las conductas de evitación mantenían el curso de la sintomatología depresiva. Posteriormente se determinaron los objetivos del tratamiento y se inició en su aplicación.

Se consideraron los siguientes objetivos: Mantener en lo posible horarios fijos (para acostarse, levantarse, tiempo dedicado a la

universidad, tareas, actividades físicas complementarias, tiempo para practicar ejercicios de respiración); Contactar con familiares y amigos en fines de semana o durante su receso de almuerzo de actividades académicas durante semana; Retomar actividades abandonadas y naturalmente gratificantes al menos una vez por semana (como realizar ejercicio, jugar fútbol con amigos, trotar el fin de semana); Una vez adoptadas las técnicas de relajación se impulsó al participante a practicar ejercicios de respiración mientras prestaba atención a su entorno en momentos cotidianos con la finalidad de entrenar su atención plena como medida para rumia.

Dado el modelo de AC se planteó la incorporación de estos objetivos de manera progresiva poniendo énfasis en las dos primeras sesiones a la programación de horarios fijos por medio del uso de autorregistros con la monitorización del estado de ánimo y la incorporación de técnicas de relajación, enseñando ejercicios de respiración para regular y controlar la tensión muscular y el estrés académico. Asimismo, el objetivo a incorporar en la segunda sesión fue el retomar actividades gratificantes para el participante, como el ejercicio físico, programando espacios de tiempo en trías días de la semana.

La sesión 3 y 4 fueron destinadas a la evaluación de los objetivos establecidos por medio de la monitorización de los autorregistros y el estado de ánimo, el paciente se mostraba comprometido y cumplía con lo se proponía en cada sesión, así mismo, los autorregistros eran llevados a cabalidad, por lo que se optó por establecer como objetivo adyacente el ser

partícipe de actividades sociales naturalmente reforzantes, entre ellas se programó la visita amigos en tiempo libre del fin de semana y la participación en almuerzos en conjunto al menos dos veces por semana. De igual manera se destinó tiempo para la práctica de técnicas de relajación durante las sesiones.

Si bien el paciente demostraba compromiso una de las dificultades mencionadas fue la rumia depresiva, por lo que optó en las sesiones 5 y 6 avanzar en los ejercicios de respiración y extrapolarlos a situaciones de la vida cotidiana para permitirle entrenar su atención plena en distintos contextos. A su vez, se siguió con el curso ya establecido y se realizaba la monitorización y evaluación del cumplimiento de los objetivos planteados en las sesiones, el participante expresó que los avances progresivos resultaban beneficiosos y se permitía programar actividades como salir a trotar en compañía, hablar con su familia los fines de semana en caso de no salir con algún amigo, acercarse

a actividades abandonadas pero naturalmente gratificantes como jugar fútbol con amigos con los que había tomado distancia, además de mantener las actividades previamente programadas.

Finalmente, se psicoeducó al paciente en la prevención de recaídas y se registraron las puntuaciones de la CES-D nuevamente durante una semana después de las sesiones de intervención establecidas con la finalidad de obtener datos que nos permitan analizar la eficacia del tratamiento.

Resultados

Durante la Fase A1 que corresponde a la línea base Pre-intervención (ver Figura 1), el participante completó la escala de autoinforme CES-D que nos permite identificar los componentes más importantes de sintomatología depresiva y en el cuál la puntuación media general fue de 48,8. En los factores correspondientes a analizar se obtuvo las siguientes puntuacio-

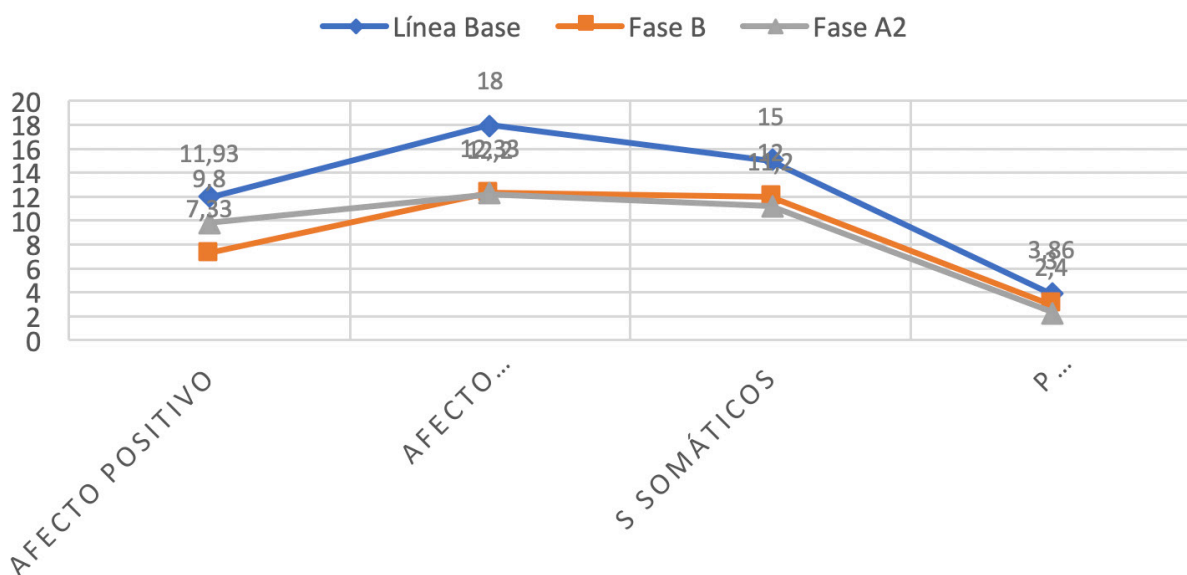


Figura 1. Puntuación de sintomatología depresiva recogida correspondiente a los factores de la CES-D a lo largo de la intervención.

nes promedio: 11,9 (Afecto Positivo); 18 (Afecto Negativo); 15 (Síntomas somáticos y Retardo motor); 3,8 (Problemas Interpersonales).

Posteriormente, en la Fase B (ver Figura 1) se realizó la intervención terapéutica en donde el participante recibió entrenamiento en técnicas de relajación como estrategia para gestionar el estrés académico, psicoeducación y en base al análisis funcional se determinaron los objetivos de la intervención, poniendo énfasis en las conductas a activar, la adherencia a una rutina por medio de los autorregistros, y la monitorización del estado de ánimo.

Después de la intervención corta (Fase B), se pudo observar una disminución en la puntuación de la escala CES-D del participante, obteniendo una puntuación media de 34,67; indicando una reducción significativa en los niveles de sintomatología depresiva.

En los factores correspondientes a las esferas proporcionadas por la CES-D se obtuvo las siguientes puntuaciones promedio: 7,3 (Afecto Positivo); 12,3 (Afecto Negativo); 12 (Síntomas

somáticos y Retardo motor); 3 (Problemas Interpersonales).

Durante la Fase A2 (ver Figura 1), que siguió inmediatamente a la intervención, el participante mostró una ligera elevación en la puntuación obtenida, correspondiendo a un puntaje medio de 35,6. Estos resultados fueron recogidos en un período de ausencia de intervención.

En los factores que analiza la CES-D se recogieron las siguientes puntuaciones promedio: 9,8 (Afecto Positivo); 12,2 (Afecto Negativo); 11,2 (Síntomas somáticos y Retardo motor); 2,4 (Problemas Interpersonales).

Finalmente, en la figura 2 podemos observar el curso longitudinal de las puntuaciones obtenidas por medio de la CES-D y sus fluctuaciones a través de las fases de tratamiento correspondientes a la siguiente relación: Línea Base o Fase A con puntuaciones recogidas desde el 22 de abril hasta 14 de mayo; Fase B con puntuaciones recogidas desde el 4 de junio al

Gráfica de Evolución de Sintomatología depresiva

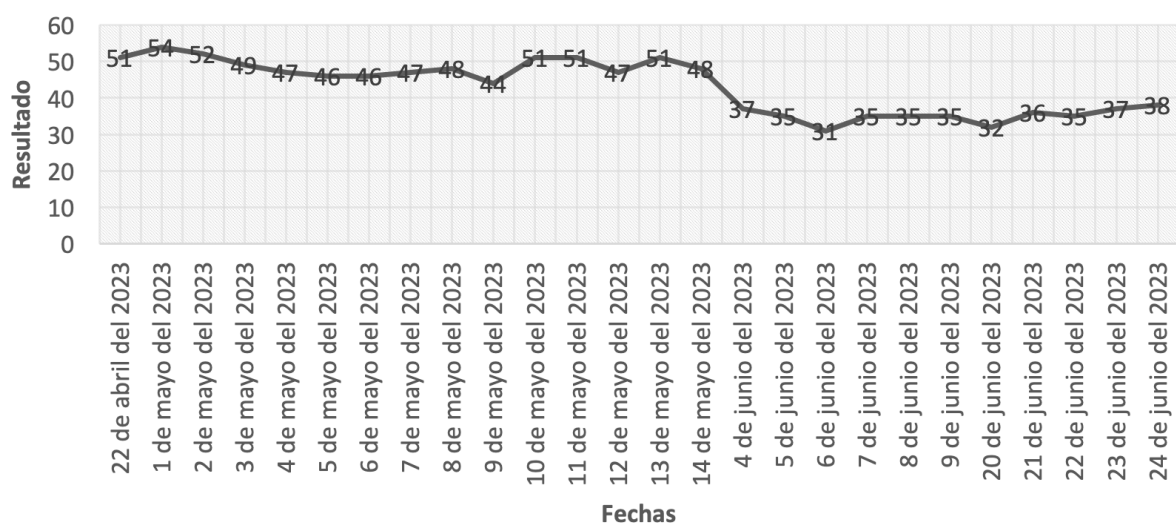


Figura 2. Puntuación de sintomatología depresiva recogida a través de la CES-D a lo largo de la intervención.

9 de junio; Fase A2 con puntuaciones correspondientes al 20 de junio al 24 de junio.

Discusión y Conclusiones

Los resultados del presente estudio de caso único con diseño ABA respaldan la eficacia y la efectividad de la terapia de Activación Conductual para reducir la sintomatología depresiva. Denotando que en pocas sesiones podemos obtener una reducción objetiva en las distintas esferas que nos indica la CES-D, además de ello sugiere que las estrategias utilizadas como la reactivación de conductas gratificantes que habían sido abandonadas, la adherencia a una rutina, la monitorización del estado de ánimo y las técnicas de relajación fueron efectivas en el alivio de la sintomatología depresiva. Esto se armoniza con lo justificado por Valencia (2019), el cual explica que, la intervención mediante la AC puede aumentar la sensación de bienestar de los pacientes independientemente del estado de gravedad del cuadro depresivo.

La intervención estuvo destinada principalmente a retomar actividades que el participante había manifestado en el pasado como naturalmente gratificantes y hacer frente al estrés académico como parte de los factores determinantes en el curso de la sintomatología depresiva. Esto se ajusta a Rojas (2020) quien refiere que, por eso, en el transcurso del tratamiento fue necesario comprender las fuentes ambientales de la depresión, localizando las conductas que mantienen y/o empeoran el problema. De esta manera, la intervención que sugiere el modelo de Lewinsohn (1974) demuestra su aporte como un tratamiento eficaz en un caso convencional de depresión. Por otro lado, las

técnicas de relajación fueron útiles para reducir la tensión física y emocional, además de que se orientó al paciente a practicarlas como un entrenamiento en el que pueda permitirse prestarle atención a los diversos momentos del día para describirlos y contemplarlos.

La finalidad de este tipo de técnica de relajación fue entrenar al participante en su atención plena, su gestión emocional y permitirle abordar la rumia depresiva; no desde una óptica en la que se pretendía modificar las creencias, sino como parte del curso de la activación misma que permite analizar su funcionalidad y reducirla (Barraca, 2010).

La leve reversión que se produjo en la Fase A2 era esperable como parte de la recolección de datos en ausencia de intervención, ya que esto nos permite corroborar que la disminución de la sintomatología depresiva obedece al curso del tratamiento y no a factores externos; aludiendo a lo que Barraca (2016) expone, si el cliente deja de asistir después de algunas sesiones, no se puede asegurar que la depresión no regrese, y es probable que lo haga con mayor intensidad. Es importante destacar que, aunque en ciertos días se sienta desmotivado, triste y agotado, y no vea sentido en la terapia (lo que es muy probable que ocurra), sería beneficioso continuar asistiendo, ya que es posible que esta situación mejore al recibir atención (Hopko et al., 2004), es decir, al mantener esa actitud de seguir el plan a pesar de su estado de ánimo bajo es precisamente lo que le ayudará a superar la depresión. Además, la experiencia subjetiva del paciente nos permite compartir su exposición a factores estresantes como parte de su curso académico, los cuales

pueden estar relacionados con la percepción de malestar (Levecque et al., 2017).

A pesar de que los resultados de este estudio inicialmente respaldan la eficacia y efectividad de la intervención de Activación Conductual, es importante considerar ciertas limitaciones en el presente estudio, como el hecho de que la muestra consistió en un único participante, lo que podría restringir la generalización de los hallazgos. Sin embargo, estos hallazgos iniciales son consistentes con investigaciones previas realizadas por Dimidjian et al., (2006), quienes enfatizan que la Activación Conductual supera en eficacia a la terapia cognitiva y se muestra más efectiva en comparación con la medicación, especialmente en individuos con sintomatología más severa. Estas observaciones se alinean con los planteamientos de Bianchi-Salguero y Muñoz-Martínez (2014), quienes han destacado que la mayoría de los estudios se han centrado en demostrar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual (AC) en adultos diagnosticados con depresión mayor. Además, es relevante mencionar que tanto diseños experimentales de caso único como investigaciones nomotéticas han sido empleados para abordar esta cuestión en investigaciones previas (Coffman et al., 2007; Hunnicutt-Ferguson et al., 2012).

Propositivamente, la investigación futura de casos clínicos con Activación Conductual debe tratar de incorporar otros diseños más complejos (por ejemplo, ABAB, ABCB, línea base múltiple, etc.) que permitan una mayor seguridad en la interpretación de los cambios producidos por la terapia (Barraca, 2010).

Este enfoque terapéutico demostró su capacidad para influir favorablemente en la vida cotidiana del paciente, permitiéndole recuperar actividades previamente disfrutadas y mejorar su estado de ánimo en general. El estudio ilustra cómo la intervención se adaptó de manera individualizada a las necesidades y circunstancias del paciente, lo que enfatiza la importancia de un enfoque personalizado en el tratamiento de la depresión.

El estudio de caso con diseño de tipo ABA presentado en el artículo proporcionó evidencia sólida que respalda la eficacia de la terapia de activación conductual en la reducción de la sintomatología depresiva en un estudiante universitario ecuatoriano. Los resultados muestran una disminución significativa en los niveles de depresión después de la intervención, evidenciando cómo la técnica puede impactar positivamente en la vida del paciente.

A pesar de los resultados alentadores, el presente artículo reconoce algunas limitaciones, como el hecho de que se trata de un caso único, lo que dificulta la generalización de los hallazgos. Se destaca la propuesta de investigaciones más amplias con muestras más grandes y diseños más complejos para validar, comprender y fortalecer la eficacia de la activación conductual como enfoque terapéutico, así como su incorporación en la práctica clínica para beneficiar a individuos que se enfrentan a la depresión.

Referencias

American Psychological Association. (12 de Enero de 2020). *Society of Clinical Psychology. Treatment target: depression*. Obtenido de <https://div12.org/diagnosis/depression/>

- Arias, P. (8 de Septiembre de 2019). *NeuroCorp Behavioral Research Institute*. Obtenido de NeuroCorp Ecuador: <https://www.neurocorpecuador.com/post/validaci%C3%B3n-ecuatoriana-de-la-escala-de-depresi%C3%B3n-center-for-epidemiologic-studies-depression-ces-d>
- Barnhofer, T. (2019). Mindfulness training in the treatment of persistent depression: can it help to reverse maladaptive plasticity? *Current opinion in psychology*, 262-267. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.02.007>
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 8(1), 23-50. doi:<https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v8i1.3820>
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 183-197.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15-33.
- Barraca, J., & Pérez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10651/54830>
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozaneida, J. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 998-1009. doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.45
- Bianchi-Salguero, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia. Avances de la Disciplina*. doi:<https://doi.org/10.21500/19002386.1223>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The Empirical Status Of Cognitive-Behavioral Therapy: A Review Of Meta-Analyses. *Elsevier. Clinical Psychology Review*, 17-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., & Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas*, 79-89. doi:<https://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.05>
- Coffman, S., Martell, C., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 531-541. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.4.531>
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral Activation Treatment for Major Depressive Disorder: A Pilot Investigation. *The Behavior Analyst Today*, 151-166. doi:<https://doi.org/10.1037/H0100150>
- DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., Shelton, R., Young, P., Salomon, R., ... Gallop, R. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 417-422. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417>
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmalzing, K., Kohlenberg, R., Addis, M., ... Jacobson, N. (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*, 658-670. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.4.658>
- Ekers, D., Webster, L., Annemieke, V., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS ONE*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- González-Forteza, C., Wagner, F., & Jiménez, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.

- Gotlib, I., & Hammen, C. (2009). *Handbook of depression (2nd ed.)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Guhn, A., Steinacher, B., Merkl, A., Sterzer, P., & Köhler, S. (2019). Negative mood induction: Affective reactivity in recurrent, but not persistent depression. *PLoS ONE*. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213761
- Gureje, O. (2011). Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Current opinion in psychiatry*, 67-71. doi:https://doi.org/10.1097/yc0.0b013e32834136a5
- Hernández-Samperi, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). España: McGraw Hill España.
- Hollon, S., & Ponniah, K. (2010). A Review Of Empirically Supported Psychological Therapies For Mood Disorders In Adults. *Depression and Anxiety*, 891-932. doi:https://doi.org/10.1002/da.20741
- Hopko, D., Lejuez, C., & Hopko, S. (2004). Behavioral Activation as an Intervention for Coexistent Depressive and Anxiety Symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48. doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1534650103258969
- Hunnicut-Ferguson, K., Hoxha, D., & Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 223-230. doi:https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.005
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.8.3.255
- Kessler, R., Sampson, N., Berglund, P., Gruber, M., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., . . . Wilcox, M. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 210-226. doi:https://doi.org/10.1017/s2045796015000189
- Lejuez, C., Hopko, D., & Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Treatment manual. Behav Modif*, 25(2), 255-286. doi:https://doi.org/10.1177/0145445501252005
- Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy*, 46, 868-879. doi:https://doi.org/10.1016/J.RESPOL.2017.02.008
- Lewinsohn, P. (1974). The psychology of depression: Contemporary theory and research. En R. J. Friedman, & M. M. Katz (Edits.). New York: John Wiley & Sons. doi:https://doi.org/10.1017/S0033291700018572
- Lewinsohn, P., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261-268. doi:https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0035142
- Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton. doi:https://doi.org/10.1017/S1352465803272118
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: The Guilford Press. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080192
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. New York: Desclée De Brouwer.
- Ministerio de Protección Social. (5 de 06 de 2003). *Estudio nacional de salud mental Colombia*. Obtenido de Estudio nacional de salud mental Colombia.
- Nemeroff, C. (2009). Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. *Psimonart*, 2(1), 25-48.
- Nobile, M., M. Cataldo, G., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS drugs*, 927-946. doi:https://doi.org/10.2165/00023210-200317130-00001
- OPS. (2020). *Salud Mental Perfil del País-Ecuador*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental*

- disorders: global health estimates*. Ginebra: World Health Organization. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS.
- Rojas, R. (2020). *Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depresión moderada único episodio*. Bucaramanga: Escuela de Ciencias Sociales.
- Saenz-Miguel, S., Runzer-Colmenares, F., & Parodi, J. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31. doi:<https://doi.org/10.35663/AMP.2019.361.632>
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral Activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 173-185. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.45.2.173>
- Schulz, P., & Arora, G. (2015). Depression. *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*, 21(3), 756-771. doi:<https://doi.org/10.1212/01.con.0000466664.35650.b4>
- Terrones-González, A., Estrada-Martínez, S., Lechuga-Quiñones, A., Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., & La-Llave-León, O. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Salud Mental*, 35(4), 305-313.
- Torres Saldaña, A., Ortiz Sánchez, Y., Martínez Suárez, H., Fernández Corrales, Y., & Pacheco Ballester, D. (2019). Factors associated with adherence to treatment in patients with depression. *Multimed. Revista Médica*, 23(1), 1-10.
- Valencia, J. (2019). Terapia cognitiva y activación conductual del trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 150-171. doi:<https://doi.org/10.21501/24631779.3162>
- Villalobos, F., & Ortiz, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t02942-000>

Anexos

Tabla 1

Validación ecuatoriana de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D)

CES-D				
Durante la semana pasada...	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tenía hambre ni mucho apetito.				
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.				
4. Me sentí tan bueno/a como los demás.				
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido/a.				
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba Esfuerzo.				
8. Vi el futuro con esperanza.				
9. Pensé que mi vida era un fracaso.				
10. Tuve miedo.				
11. Dormí sin poder descansar.				
12. Me sentí feliz.				
13. Hablé menos que lo normal.				
14. Me sentí solo/a.				
15. La gente no me cayó bien.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Lloré.				
18. Estuve triste.				
19. Sentí que no le caía bien a otras personas.				
20. No pude animarme a hacer nada.				

