

Eficacia De La Terapia De Activación Conductual En Síntomas de Ansiedad y Depresión: Reporte De Caso

Espinosa-Posadas, Jesús Emanuel¹; Ramírez Muñoz, Augusto Abdiel²; Álvarez-García Horacio Balam^{3,4*}

¹Instituto De Ciencias y Estudios Superiores De Tamaulipas, Reynosa, Tamaulipas.

²Instituto de Terapia Cognitivo Conductual.

³Programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontologías y de la salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM.

⁴Clínica de Trastornos de Sueño, División de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México – UNAM. Ciudad de México.

Resumen: La ansiedad y la depresión se perfilan como los trastornos psicológicos de mayor prevalencia a nivel mundial; convirtiéndose en un problema de salud pública. Actualmente se cuentan con múltiples tratamientos basados en evidencia que ayudan a disminuir el impacto de estos trastornos en la vida de las personas que lo padecen. El presente artículo muestra la aplicación de la Terapia de Activación Conductual en una mujer que presentaba síntomas de ansiedad y depresión derivados de una ruptura de pareja. La intervención se impartió en un total de 9 sesiones, donde se trabajó programación de actividades y estrategias de atención plena. Se aplicaron dos instrumentos psicométricos, el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB), así como un autorregistro semanal de dominio y placer. Dentro de los resultados obtenidos, se observaron cambios entre los puntajes pretratamiento (IAB=43 y IDB=40) y postratamiento (IAB=2 y IDB=4) y un incremento en las dimensiones de dominio y placer del autorregistro. Bajo estos resultados podemos mencionar que la intervención fue clínicamente efectiva, sin embargo, se sugiere hacer otros estudios con diseños metodológicos más rigurosos.

Palabras clave: Activación conductual. Ansiedad, Depresión, Rumia.

Recibido: 15 de junio de 2022. Aceptado: 27 de febrero de 2023

Received: June 15th, 2022. Accepted: February 27th, 2023

Efficacy of Behavioral Activation Therapy in Anxiety and Depression Symptoms: Case Report

Abstract: Anxiety and depression are emerging as the most prevalent psychological disorders worldwide; becoming a public health problem. There are currently multiple evidence-based treatments that help reduce the impact of these disorders on the lives of people who suffer from them. This article shows the application of Behavioral Activation Therapy in a woman who presented symptoms of anxiety and depression derived from a couple breakup. The intervention was given in a total of 9 sessions, where activity programming and mindfulness strategies were worked on. Two psychometric instruments were applied, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI), as well as a weekly mastery and pleasure self-report. Among the results obtained, changes were observed between the pre-treatment (IAB=43 and IDB=40) and post-treatment (IAB=2 and IDB=4) scores and an increase in the domain and pleasure dimensions of the self-report. Under these results we can mention that the intervention was clinically effective, however, it is suggested to do other studies with more rigorous methodological designs.

Keywords: Behavioral activation. Anxiety, Depression, Rumia.

(*) hbgarcia_mosh11@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La depresión y ansiedad representan los trastornos psicológicos de mayor prevalencia a nivel mundial, convirtiéndolo en un problema de salud pública, debido al impacto en los años de vida productiva de las personas que lo padecen, viéndose afectados las esferas, sociales, laborales e interpersonales, aunado a ello el incremento de personas en los servicios de salud genera un rezago en el inicio de tratamiento (Collaborators, 2017; Charlson, et al. 2019).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2019 existen 34.85 millones de personas que presentaban síntomas de depresión; divididos en 14.48 millones de hombres y 20.37 millones de mujeres. De los cuales solo 1.63 millones llevan tratamiento farmacológico dejando a 33.19 millones sin ningún tipo de tratamiento. Dentro de las poblaciones más vulnerables, se observa que los adultos mayores presentan mayor índice de depresión severa (13.2%) que personas jóvenes (García-Peña, et al, 2008)

Es importante mencionar que la depresión tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales como son: ansiedad, trastorno por uso de sustancias, psicosis, trastornos de alimentación y trastornos de personalidad, lo que representa un factor de riesgo importante que debe considerarse al momento de brindar atención psicológica (Chen, et al, 2019) Aunado a ello, el confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19, se reporta que en la ciudad de México la depresión fue el segundo padecimiento mental con mayor prevalencia (41.39 %) seguido por la ansiedad (18.6%; Pérez-Cano, et al, 2020).

Sin embargo, actualmente existen diversos tratamientos psicológicos empíricamente validados que permiten dar un tratamiento eficaz y de corta duración (Cuijpers, et al, 2019). Dentro de las primeras opciones de tratamiento con mayor nivel de evidencia encontramos la terapia cognitivo conductual para la depresión (Zhang, et al, 2019) y la terapia de activación conductual (Ekers, et al, 2014).

En el contexto mexicano, la activación conductual (AC) ha sido aplicada con éxito en depresión sin comorbilidad (Salina-Rodríguez, 2010), comorbilidad en cáncer de mama (Becerra Gálvez, et al 2020) y enfermedades crónico-degenerativas (Anguiano-Serrano, et al, 2017).

Bajo estos antecedentes el presente estudio presenta la aplicación de la terapia de activación conductual en un paciente con sintomatología de ansiedad y depresión. El objetivo es mostrar un trabajo clínico detallado y con ejemplos que sirva a los terapeutas que inician su práctica clínica bajo este modelo.

2. MARCO TEÓRICO

La AC es un tratamiento psicológico que se desarrolló a partir del estudio de descomposición de la terapia cognitivo conductual estándar, en donde se observó que los componentes conductuales (programación de actividades y entrenamiento en habilidades) tenían resultados superiores a los cognitivos (reestructuración cognitiva) y similares al tratamiento multicomponente (Nakao, 2015). Bajo esta premisa, diversos grupos de trabajo comenzaron a desarrollar protocolos de intervención, siendo la Terapia de Activación Conductual

(TAC) y la Terapia Breve de Activación Conductual (TBAC) los protocolos con mayor evidencia para el tratamiento de la depresión (Barraca, 2009).

En ambos protocolos, la depresión es concebida bajo una óptica conductual en donde la pérdida de fuentes de reforzamiento positivo genera una tasa de respuesta alta de conductas pasivas, lo que refuerza el estado de ánimo bajo (tristeza) autopercepción de inutilidad y manteniendo un patrón de evitación (Barraca, & Pérez-Álvarez, 2015). Esto difiere con la conceptualización psiquiátrica clásica en la que se conceptualiza como una enfermedad derivada de un problema biológico (déficit de neurotransmisores) o cognitiva en donde los patrones de pensamiento disfuncionales (distorsiones cognitivas) son lo que origina la problemática (Pérez-Álvarez, 2007). Partiendo de esta conceptualización, el tratamiento tendrá por objetivo incrementar las conductas que brinden un reforzamiento positivo natural, modificando el estado de ánimo y los patrones de pensamiento (Kanter, et al, 2010).

Es importante mencionar que, la cognición tiene diferentes manejos dentro de los protocolos, en la TAC, la cognición es una conducta encubierta que tiene una función evitativa, por lo cual debe trabajarse directamente a través de ejercicios de atención plena; mientras que en la TBAC, la cognición es un epifenómeno de la conducta observable, por lo que al disminuir las conductas pasivas el patrón de pensamiento se modifica, por lo que no se aborda con una técnica en específico (Kanter, et al, 2011).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación.

Se realizó un reporte de caso con medidas pretest- posttest (Ato-García & Vallejo-Seco, 2015).

Presentación del caso.

La paciente SB es una mujer de 27 años, soltera, sin hijos y vive con su madre. El nivel educativo es superior con estatus de pasante en el pregrado de rehabilitación física. Actualmente no cuenta con un trabajo por lo que su única fuente de ingresos es a través de los ingresos percibidos por su madre. Anteriormente laboró en un negocio propio en la venta de productos en redes sociales y en consultas a domicilio en rehabilitación de pacientes, debido a sus conocimientos en el área. En la historia clínica no se presentaron antecedentes hereditarios de enfermedad mental.

3.2 Motivo de consulta.

SB. Refiere que se acercó a consulta psicológica debido a recurrentes episodios de crisis de ansiedad y preocupación acompañados de estados emocionales como: tristeza, abatimiento y desesperanza derivados de una ruptura con su pareja sentimental. A partir de este hecho, su nivel de actividad disminuyó lo que ha impactado en el contacto con amigos y familiares. Sin embargo no se cuenta con valoración por parte del área de psiquiatría, además de que no cumple criterios diagnósticos por temporalidad de algún trastorno de ansiedad o depresión.

3.3 Instrumentos de medición.

Para analizar los niveles de ansiedad, depresión y actividades realizadas se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Inventario de depresión de Beck (BDI). Instrumentó auto aplicable de 21 reactivos que mide síntomas de depresión percibidos en las últimas semanas a través de una escala Likert que va 0 a 3. A través de la sumatoria total de los reactivos la depresión se divide en: mínima (0 a 9), leve (10 a 16), moderada y severa (30 a 63). En la versión validada en población mexicana la consistencia interna fue alta con $\alpha=0.83$ (Andrés-González, et al, 2015).
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Instrumentó auto aplicable de 21 reactivos que mide síntomas de ansiedad en las últimas semanas a través de una escala Likert que va de 0 a 3. Con la sumatoria total de los reactivos la sintomatología ansiosa se divide en: muy baja (0 a 21), moderada (22 a 35) y severa (36 o más). En la versión validada en población mexicana la consistencia interna fue alta con $\alpha=0.91$ (Padrós-Blázquez, et al, 2020)
- Auto registro. Basado en el registro diario de la programación de actividades se tomaron como parámetros de medición el Dominio (nivel de ejecución de la actividad) y Placer (estado emocional durante la ejecución de la actividad)

Figura 1 Análisis funcional de SB

Antecedentes	Conducta	Consecuencias
Invitaciones a salir de sus amigos más cercanos, ya sea llamadas o mensajes.	Fisiológica: Manifiesta ansiedad. Emoción: vergüenza Pensamiento: Me van a juzgar por mi situación actual. Conducta: decide no contestar los mensajes o poner alguna excusa	Corto plazo: Se reduce la ansiedad, Largo plazo: se siente culpable por no ver a sus amigos, y se preocupa sobre el rumbo de su vida

reportado, para ello se utilizó una escala Likert de 0 a 10. Se utilizó el promedio semanal de cada uno como medida de seguimiento (Fernández-Ballesteros, 2013).

3.5 Análisis funcional y diagnóstico.

Podemos observar que SB presenta un patrón de comportamiento de inactividad y aislamiento, esto debido al reciente rompimiento con su pareja amorosa, sin embargo, esta patron se mantuvo, para evitar la incomodidad que experimentaba al hablar con sus amigos y su familia sobre diversos temas. Esto aumentaba su tristeza y sentimientos de desesperanza y pesimismo. Se infiere que dichas conductas se mantenían por un reforzamiento negativo, es decir como conductas de escape o evitación, ante situaciones que la paciente percibía como incómodas o difíciles de realizar por su estado de ánimo actual, lo cual desembocó en un aumento de conductas relacionadas con quedarse en casa la mayor parte del día, comiendo y viendo televisión, así como una reducción de comportamientos saludables, como hacer ejercicio, retomar el contacto social con sus amigos y familiares cercanos, además de retomar sus actividades laborales informales, como era la venta de productos en redes sociales, lo cual desembocó en una pérdida de diferentes fuentes de reforzamiento positivo, lo cual mantenía el ciclo de la depresión (Ver Figura 1).

3.4 Tratamiento.

Con la información obtenida en la entrevista e instrumentos se determinó que SB mostraba características conductuales de lo denominado como depresión. Consultado la guía de práctica clínica de Oxford se decidió tomar un tratamiento basado en evidencia como monoterapia, dentro de las opciones sugeridas se determinó que la Activación Conductual (AC) era la opción más viable debido a su nivel de evidencia fuerte (van Eijndhoven & Schene, 2017; Stein, et al, 2021) y su bajo costo de aplicación (Richards, et al, 2016).

Bajo esta premisa, el modelo de AC que se implementó fue el de Martell, et al, (2013) debido al patrón de pensamientos negativos repetitivos que mostraba SB, lo que de acuerdo al análisis funcional era una de las estrategias de evitación que más utilizaba. La AC enfatiza la búsqueda de estímulos apetitivos como fuente de reforzamiento constante de conductas proactivas de la persona. Es un tratamiento activo directivo de corta duración entre 8 a 12 sesiones.

Para el caso de SB el tratamiento tuvo un total de 9 sesiones, las cuales se dividieron en 1 sesión de evaluación, donde se aplicó la entrevista y los instrumentos de evaluación además de explicar la importancia de los autorregistros. En las sesiones 2 a 5 se brindó la explicación de su problema desde la óptica de AC, se determinaron los objetivos terapéuticos y se comenzó a trabajar la programación de actividades. Durante las sesiones 6 y 8 se revisaron las actividades realizadas, se dio retroalimentación sobre los cambios en el estado de ánimo percibido y se comenzó a trabajar las prácticas informales de atención plena. Finalmente, en la sesión 9 se dio la retroalimentación final de los objetivos conseguidos y se dieron estrategias para prevención de recaídas. El tratamiento se resume en la tabla 1.

Tabla 1 Resumen de Tratamiento de Activación Conductual de SB

Sesión	Objetivo	Duración y periodicidad.
1	Recolección de información, aplicación de instrumentos e inicio de autorregistros.	1 hora una vez a la semana.
2-5	Devolución de información, creación de objetivos terapéuticos e inicio de programación de actividades.	
6-8	Supervisión, retroalimentación de programación de actividades e instrucción en prácticas informales de atención plena.	50 minutos cada 15 días
9	Devolución de información final, prevención de recaídas y aplicación de instrumentos.	1 hora, a la semana de la sesión 8.

Objetivos de intervención.

Para lograr una mejoría clínica se propusieron en conjunto con SB los siguientes objetivos:

- Disminuir actividades pasivas como quedarse en casa viendo la televisión, video en redes sociales o tik tok.
- Disminuir actividades aversivas como el revisar las redes sociales de su expareja.
- Disminuir los episodios de ansiedad.
- Mejorar el estado de ánimo.
- Iniciar la búsqueda de empleo.
- Retomar actividades recreativas con amigos y familiares.
- Retomar actividad física.

Descripción del tratamiento.

Para comprender mejor el proceso de AC, debemos detallar los componentes centrales de acuerdo al trabajo realizado sesión a sesión para enfatizar las actividades a realizar por el terapeuta.

Sesión 1. Evaluación.

Durante esta primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada, donde se retomaron datos generales, el motivo de consulta y elementos generales para el análisis funcional. Se le brindaron los instrumentos y finalmente se le explico la utilidad de los autorregistros (Ver cuadro diálogo 1).

Cuadro diálogo 1

<p>T: “Una diferencia que tiene este abordaje respecto a otras formas de hacer terapia, es la importancia de realizar diferentes tareas, como autorregistros, esto me da la oportunidad de conocer más a fondo el problema que te está sucediendo con más detalle”.</p> <p>P: “Voy a intentar realizarlo, sin embargo, no me siento con la energía de hacer los registros diariamente”.</p> <p>T: “Vamos a buscar juntos la mejor alternativa para llenarlos el mayor número de días que puedas, por ejemplo puedes llenar el autorregistro a medio día, por ejemplo anotando lo que paso desde que te levantaste hasta esa hora y después por la noche llenar lo que falta, así no estarás con la hoja todo el día, otra alternativa que puede ser útil, es llenar los autorregistros por la noche, antes de dormir, es probable que se te pase algún detalle, pero más vale hacerlo, aunque no sea perfecto a no realizarlo, recuerda que todas las estrategias o tareas que trabajemos tratare de programarlo de manera gradual, en función a tus posibilidades”.</p> <p>P: “Perfecto, así lo voy a hacer”</p> <p>T: Terapeuta. P: Paciente</p>
--

Sesiones 2-5. Creación de objetivos y programación de actividades.

En la segunda sesión se dio la devolución de la información obtenida en los instrumentos y la entrevista. Para realizar esto se le explico su problema con el modelo “TRAP-TRAC” (ver figura 2) en el que se enfatizó la problemática en el patrón de evitación y las consecuencias a corto y largo plazo en la pérdida de reforzadores secundarios intrínsecos y extrínsecos. Una vez que SB mencionó que comprendía este patrón, se brindó la estrategia de programación de actividades como conductas alternativas que permitirían aumentar la probabilidad de reforzamiento positivo (Ver cuadro de diálogo 2).

Figura 2 Material psicoeducativo del modelo “TRAP-TRAC” de SB



Cuadro diálogo 2

<p>T: “Es indudable que has estado pasando por cosas muy complicadas, desde la separación con tu pareja y las discusiones con tu madre, sin embargo, muchas veces las personas hacemos cosas que mejoran o empeoran los problemas, tú qué opinas que haces, observando los registros que realizaste”</p> <p>P: “Es verdad que me he aislado mucho de los demás, no me había dado cuenta cuanto tiempo me la paso acostada o viendo videos en Facebook”</p> <p>T: “Esas cosas sin lugar a dudas son agradables en algún momento, quizás cuando llegamos de nuestro trabajo o en un fin de semana, ¿pero en tu caso particular crees que esas cosas que haces mejoran o empeoran la situación?”</p> <p>P: “las empeoran, algunos amigos sienten que ya no me importan, porque no contesto sus mensajes, pero tampoco he podido decirles como me siento.”</p> <p>T: “te voy a decir algo que quizás te parecerá extraño, pero reflexiónalo un momento, va ¿Y si el problema no es el problema? Es decir, si terminar con tu novia no es lo que te ha traído aquí, creo que el problema es la forma en que te adaptaste a esta nueva situación sin tu pareja y a la manera que tuviste de afrontar ciertas situaciones desagradables, como hablar con tus amigos al respect”</p> <p>P: “creo que es verdad, tengo muchísima vergüenza de que me digan que es mi culpa, el haber terminado con ella o a sus comentarios sobre que pensaban que nos íbamos a casar algún día”</p> <p>T: “el problema es que lo que haces, el aislarte y pasar todo en día de casa, funciona a corto plazo, porque reduce la preocupación, pero a largo plazo solo perpetua el problema, ¿no lo crees?”</p> <p>P: “es posible, pero que puedo hacer, me siento muy triste para hacer cambios en mi vida”</p> <p>T: “vamos a intentar algo diferente de lo habitual, vamos a tratar de hacer cambios de fuera hacia dentro, porque no intentamos cambiar lo que haces, poco a poco, de manera progresiva, para poder cambiar la forma en la que te sientes, todo en función de tus posibilidades ¿eso te parece bien?”</p> <p>P: “Creo que puedo intentarlo, sí.”</p> <p>T: Terapeuta. P: Paciente</p>
--

En las sesiones tres, cuatro y cinco se iniciaba revisando las tareas para casa, haciendo hincapié en los logros obtenidos y revisando las dificultades presentadas. Concluida la revisión, se volvía a realizar el “TRAP-TRAC” enfatizando las consecuencias a corto y largo plazo de la realización.

Sesiones 6 a 8. Instrucción en Atención Plena.

Durante la revisión de tareas para casa se observó en el auto registro que SB comenzó a desarrollar un nuevo patrón de evitación que consistía en pensar constantemente sobre su desempeño en la relación y su posible causalidad de la ruptura. Cuando esto se detectó se decidió comenzar a entrenar a la paciente ejercicios de atención plena que permitiera interrumpir el patrón de pensamiento repetitivo (Ver cuadro de diálogo 3).

Cuadro diálogo 3

<p>T: “Por lo que observo esta última semana, has pasado mucho tiempo del día, dándole vueltas a la razón por la que tu pareja decidió terminar la relación, dime, ¿has logrado llegado a alguna solución?”</p> <p>P: “la verdad es que no, solo termino cansada y frustrada porque no entiendo que hice mal, si siempre me esforcé por hacerla feliz “</p> <p>T: “Sabes, en terapia a ese proceso le llamamos rumiación, significa darles vuelta a las cosas en nuestra mente, pero no llegar a ninguna solución concreta, ¿crees que es eso lo que te está pasando?”</p> <p>P: “Honestamente si y me siento muy agotada y tensa, no sé qué hacer”</p> <p>T: “sabes que una forma muy útil se salir de todo ese embrollo de tu mente es regresar nuevamente al presente, es decir a lo que estás haciendo, momento a momento, ¿has escuchado hablar sobre el mindfulness o atención plena?”</p> <p>P: “¿es algo como meditación? En general no soy muy buena en quedarme quieta sin hacer algo jaja”</p> <p>T: “es verdad que el mindfulness incluye ciertas estrategias similares a la meditación, le llamamos a eso practica formal, sin embargo, mindfulness también es un estado de nuestra mente que podemos entrenar y mejorar con la práctica y llevarlo a nuestra vida cotidiana, piénsalo como ejercicios para llevar tu atención al momento presente y salir un poco de todo lo que te dice tu mente.”</p> <p>P: “Vale, suena interesante, ¿Qué tendría que hacer?”</p> <p>T: “un ejercicio que es bastante sencilla es utilizar tu respiración como un ancla, para regresar al momento presente, cada vez que estés haciendo algo y te des cuenta que estas rumiando, vas a centrarte en tu respiración, quizás en las fosas nasales, sobre como pasa el aire o quizás en tus pulmones, como se inflan y se contraen por el paso del aire, el detalle es centrarte donde tu percibes la respiración de manera más clara, si te distraes, simplemente vuelves a tu respiración y a lo que estés haciendo en este momento. ¿Qué te parece?”</p> <p>P: “suena bastante sencillo, lo intentare esta semana va.”</p> <p>T: Terapeuta. P: Paciente</p>
--

En la sesión siete y ocho se revisó la utilidad de estos ejercicios junto con la paciente a través de la estrategia “ACTION”, con el objetivo de integrarlos en su vida diaria como una estrategia preventiva para posibles recaídas (Ver cuadro de diálogo 4).

Cuadro dialogo 4

T: “Un aspecto central a lo largo de la terapia es seguir un plan, no un estado de ánimo para decidir hacer o no hacer algo, además saber si esas acciones te acercan a la vida que quieres vivir, lo resumimos en el acrónimo “ACTION”, ¿qué cambios ves en tu vida en retrospectiva en comparación de cuando iniciamos la terapia?”

P: “Retome muchísimas cosas que había dejado, nuevamente he podido salir con mi familia, tanto a cenas familiares, como acompañándolas a los rodantes a vender ropa, eso me ha hecho nuevamente sentirme unida con mi familia y no sentirme tan apartada de los demás, además sabes que empecé a vender no solamente audífonos, si no también bocinas y cubre bocas, el solo salir a repartir y entregar pedidos evita que me quede en casa solo culpándome de las cosas, además mi madre está mucho más tranquila porque ya llevo un ingreso a la casa, así que ya no discutimos tanto, he aprendido que los cambios pueden ser graduales y que si espero sentirme al 100% para hacer las cosas, nunca empezare a hacerlas.”

T: Terapeuta. P: Paciente

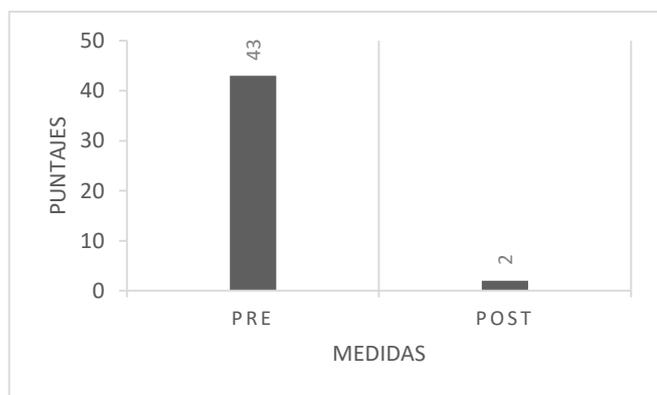
Sesión 9. Término de la intervención.

En la novena sesión, se retomaron los objetivos junto con paciente y se evaluó si se habían alcanzado. Aunado a ello, se enfatizaron los logros obtenidos por SB, se repasaron las habilidades adquiridas en las sesiones por si existieran futuras recaídas y se le aplicaron los instrumentos.

4. RESULTADOS Y/O DISCUSIÓN

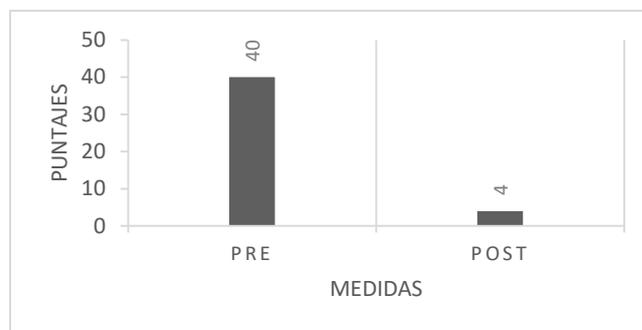
Debido a las limitaciones en el diseño, se optó por realizar una inspección visual de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados. En la figura 1 se observa que el puntaje obtenido por SB en pretratamiento fue de 43, que de acuerdo con el instrumento la coloca con “Ansiedad severa”. Una vez finalizada la intervención el puntaje obtenido fue de 2, colocándola en “Ansiedad muy baja” (Ver figura 3).

Figura 3 Puntajes de IAB



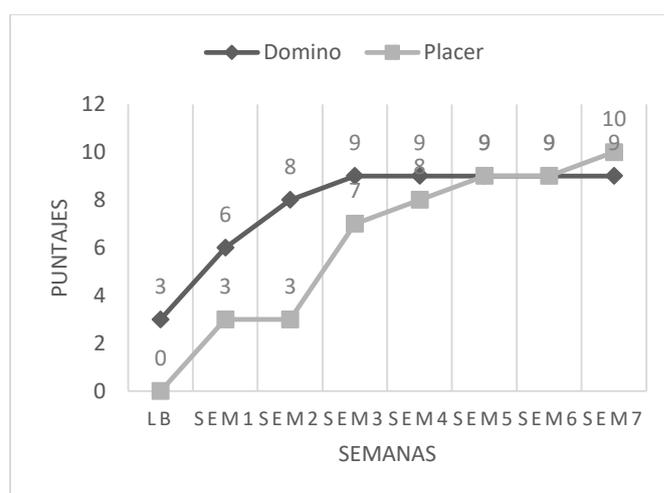
De igual forma en la figura 4 se observa que antes de iniciar el tratamiento SB obtuvo un puntaje de 40, colocándola en un estado de “Depresión Severa”. Una vez finalizada la intervención, el puntaje disminuyó 36 puntos, colocando a SB en un estado “Depresión mínima” (Ver figura 4).

Figura 4 Puntajes de IDB



Finalmente, en el promedio semanal de las dimensiones de Dominio y Placer de los auto registros de SB, observamos que existía una percepción baja, siendo de 3 y 0 respectivamente. Estos puntajes concuerdan con los estados de depresión y ansiedad pretratamiento. Sin embargo, observamos un incremento de 3 puntos en las dos dimensiones durante la semana 1 la cual corresponde con el inicio de tratamiento en la sesión 2. En la dimensión de Dominio este incremento se mantiene durante la semana 3 y permanece constante hasta la semana 7 correspondiente al final del tratamiento, por otra parte, la dimensión de Placer presenta un incremento hasta la semana 3 teniendo una tendencia hacia el alta hasta el final de tratamiento (Ver figura 5)

Figura 5 Promedios semanales de Dominio y Placer



F

Bajo estos resultados, podemos inferir que la intervención fue clínicamente efectiva para el caso de SB. La disminución en los puntajes de los inventarios refleja que la intervención ayudó a la paciente a mejorar su problemática, esto es concordante con los reportes previos en población mexicana (Salina-Rodríguez, 2010; Anguiano-Serrano, et al, 2017; Becerra Gálvez, et al, 2020) y en los metaanálisis más recientes (Stein, et al, 2021).

Se observa que la programación de actividades permitió a SB a recuperar las fuentes de reforzamiento social que había perdido y que se asociaba con los estados de tristeza, esta correlación concuerda con las hipótesis teóricas que sustentan la AC (Nagy, et al, 2020). Aunado a ello, la práctica de atención plena permitió modificar la función evitativa que tenía la rumiación y modificar el estado emocional (Jarukasemthawee & Pisitsungkagarn, 2021), por lo que su utilidad en este caso concuerda con el protocolo original (Martell, et al, 2013). Sin embargo, las limitaciones que presenta el diseño metodológico hacen que los resultados sean tomados con precaución.

5. CONCLUSIONES

Finalmente, se sugiere que para futuras investigaciones se realicen seguimientos a los tres y seis meses para verificar que los cambios se han mantenido a lo largo de tiempo, además de realizar diseños de línea base múltiple que permitan comparar los avances del sujeto mismo y que de acuerdo con los preceptos conductuales sería la metodología más adecuada. Para concluir, se recomienda evaluar los cambios con índices NAP para determinar la significancia más allá de la inspección visual.

REFERENCIAS

Anguiano-Serrano, S., Mora-Miranda, M., Sandoval-Mendoza, S., & Vega-Valero, C. (2017). Intervención breve con activación conductual sobre niveles de ansiedad y depresión de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica. *Eureka*, 14(2), 213-226. Obtenido de <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-14-2-11.pdf>

Ato-García, M., & Vallejo-Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Editorial Piramide.

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*, 8, 23-47.

Barraca, J., & Pérez-Álvarez (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.

Becerra Gálvez, A. L., Reynoso Erazo, L., & Lugo-González, I. V. (2020). *Terapia de Activación Conductual Breve para la Depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos*.

Psicooncología, 17(2), 387-400. <https://doi.org/10.5209/psic.71363>

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England), 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Chen, H., Wang, X., Huang, Y., Li, G., Liu, Z., Li, Y., & Geng, H. (2019). Prevalence, risk factors and multi-group latent class analysis of lifetime anxiety disorders comorbid depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 243, 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.053>

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one*, 9(6), e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>

Fernández-Ballesteros, R. (2013). Los autoinformes. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (págs. 235-275). Ediciones Pirámide.

García-Peña, C., Wagner, F. A., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Espinel-Bermúdez, C., García-Gonzalez, J. J., Gallegos-Carrillo, K., Franco-Marina, F., & Gallo, J. J. (2008). Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of general internal medicine*, 23(12), 1973–1980. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0799-2>

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England), 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)

González, D., Reséndiz Rodríguez, A., & Reyes Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

Jarukasemthawee, S., & Pisitsungkagarn, K. (2021). Mindfulness and eudaimonic well-being: the mediating roles of rumination and emotion dysregulation. *International journal of adolescent medicine and health*, 33(6), 347–356. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2021-0009>

Kanter, J., Busch, A., & Rusch, L. (2011). *Activación conductual: refuerzos positivos ante la depresión*. Alianza Editorial.

- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 30(6), 608–620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Desclée De Brouwer.
- Nagy, G. A., Cernasov, P., Pisoni, A., Walsh, E., Dichter, G. S., & Smoski, M. J. (2020). Reward Network Modulation as a Mechanism of Change in Behavioral Activation. *Behavior modification*, 44(2), 186–213. <https://doi.org/10.1177/0145445518805682>
- Nakao T. (2015). *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica*, 117(1), 18–25.
- Padrós-Blázquez, F., Montoya-Perez, K., Bravo-Calderon, M., & Martínez-Medina, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anves.2020.08.002>
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez-Cano, H. J., Moreno-Murguía, M. B., Morales-López, O., Crow-Buchanan, O., English, J. A., Lozano-Alcázar, J., & Somilleda-Ventura, S. A. (2020). Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Ansiedad, depresión y estrés como respuesta a la pandemia de COVID-19. Cirugía y cirujanos*, 88(5), 562–568. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000561>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Salina-Rodríguez, J. (2010). El tratamiento de la depresión con un enfoque de activación conductual: un caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 105-126. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22594/21327>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. (2021). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological medicine*, 51(9), 1491–1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- van Eijndhoven, P., & Schene, A. H. (2017). Gedragsactivatie als eerstelijnsbehandeling voor depressie [Behavioural activation as a first-line treatment for depression]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 161, D1323.
- Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of behavioral medicine*, 42(6), 1117–1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>