

Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depresión moderada único episodio

Rudy Alejandra Rojas Martínez

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2020

Estudio de caso en un adulto joven con trastorno de depresión moderada único episodio

Presentado por

Rudy Alejandra rojas Martínez

Para optar el título de especialista en psicología clínica

Directora:

Paula Fernanda Pérez Rivero

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2020

Tabla de contenido

Dedicatoria.....5

Resumen6

Abstract.....8

Introducción10

Objetivos.....17

Metodología18

Resultados.....26

Discusión.....32

Conclusiones y recomendaciones.....36

Referencias.....37

Anexos.....41

Anexo 1 Formulación de caso.....43

Anexo 2 Consentimiento informado.....54

Anexo 3 Historia clínica.....56

Anexo 4 Escala de Depresión de Beck.....65

Anexo 5 Escala de Ideación Suicida de Beck.....68

Anexo 6 Escala de Observación de Recompensa Ambiental EROS.....72

Anexo 7 Escala de Activación Conductual para la Depresión BADS.....73

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Sistematización del proceso de intervención

Figura 1. Resultados pretest – postest Escala de Depresión de Beck.

Figura 2. Comparación de resultados Escala de Ideación Suicida de Beck.

Figura 3. Resultados Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS).

Figura 4. Resultados Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS).

Dedicatoria

A Dios, el dueño de la vida; por darme la capacidad, la fuerza y los medios necesarios, para cumplir un propósito más en mi vida y ponerlo al servicio de los demás.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Estudio de caso en un consultante con trastorno de depresión moderada único episodio
AUTOR(ES):	Rudy Alejandra Rojas Martínez
PROGRAMA:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad mostrar un caso clínico, de un consultante de treinta años, con diagnóstico de depresión mayor, único episodio. Para el proceso de evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Observación de Recompensa Ambiental (EROS), y Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADDS). Adicionalmente, se realizaron entrevistas diagnósticas. La intervención se fundamentó en el modelo de activación conductual, para lo cual se realizaron 15 sesiones, dentro de las cuales se establecieron de manera gradual, una serie de actividades que conectaron al paciente con fuentes reforzamiento positivo. El proceso se complementó con técnicas mindfulness y entrenamiento en asertividad. Dentro de los resultados se obtuvo una disminución significativa de la sintomatología depresiva; reducción de las conductas evitativas y aumento de las recompensas ambientales. Se concluye que las técnicas de intervención fueron eficaces dado que se cumplieron de los objetivos terapéuticos.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno depresivo, activación, conductual, contingencias, asertividad

VºBº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Single case study in a consultant with unique moderate depression disorder episode

AUTHOR(S): Rudy Alejandra Rojas Martínez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

The purpose of this paper is to show a clinical case of a thirty-year-old consultant with a diagnosis of major depression, the only episode. The following instruments were used for the evaluation process: Beck Depression Inventory, Beck Suicidal Ideation Scale, Environmental Reward Observation Scale (EROS), and Depression Behavioral Activation Scale (BADs). Additionally, diagnostic interviews were conducted. The intervention was based on the behavioral activation model, for which 15 sessions were carried out, within which a series of activities that connected the patient with positive reinforcement sources were gradually established. The process was complemented with mindfulness techniques and assertiveness training. Within the results, a significant decrease in depressive symptoms was obtained; reduction of avoidance behaviors and increase of environmental reward. It is concluded that the intervention techniques were effective since the therapeutic objectives were met.

KEYWORDS:

Depressive disorder, behavioral activation, contingencies, assertiveness

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

El presente trabajo se realizó bajo la modalidad de práctica clínica, de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, y fue desarrollada en la comisaría de familia del municipio de Duitama.

Se expone un caso de depresión mayor moderada, y su evolución clínica; profundizando en uno de los trastornos mentales más frecuentes y que se construye bajo el ciño de las conductas evitativas, que altera la funcionalidad del paciente y genera malestar severo que se refleja en alteraciones en las esferas vitales. Como tratamiento principal se usó el modelo de Activación Conductual, proporcionando al consultante un papel activo en la transformación de sus circunstancias y así mejorar su calidad de vida (Pérez, 2008).

Por lo expuesto por Peña, Ulloa y Páez (1999) el trastorno depresivo mayor constituye uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la consulta clínica, y que demanda gran interés entre los profesionales, debido a la afectación que produce en la vida de los pacientes, y las conductas de riesgo que involucra; por lo que el tratamiento psicoterapéutico es esencial para el restablecimiento de la vida del paciente y el mejoramiento de su calidad de vida.

Para su diagnóstico, la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2014), establece los criterios, señalando que cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, y al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. De esta manera, el trastorno depresivo mayor se manifiesta por la presencia de estado de ánimo y/o, disminución importante del interés o el placer, pérdida o aumento de peso importante sin hacer

dieta, insomnio o hipersomnias, agitación, retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo; casi todos los días, la mayor parte del día durante por lo menos un periodo consecutivo de dos semanas. Se considera que los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Además, las respuestas a una pérdida significativa como es el caso del duelo, la ruina económica, las pérdidas debido a una catástrofe natural, una enfermedad o enfermedad grave, pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso, simulando un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa, lo cual se establece mediante el criterio clínico, la historia de vida de la persona y las reglas de la cultura en cuanto a la expresión de las emociones. Por último, el episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, por lo que nunca ha de haber tenido un episodio maniaco o hipomaniaco, a menos que todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco sean inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Respecto a la prevalencia, Rueda, Díaz, y Rueda (2008) señalan que el trastorno depresivo mayor en Colombia con relación a los adultos se posiciona en un nivel alto; oscilando entre 3,4 y 8,5% (3-7), siendo la enfermedad más incapacitante después de los problemas

perinatales, la infección respiratoria baja y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana VIH. Implica el 4,5% del total de años de vida perdidos ajustados con discapacidad y el 12,1% del total de años de vida con discapacidad, sin dejar de lado que en el continente americano los años ajustados con discapacidad son del 8% y es el problema con mayor carga de enfermedad.

Por su parte la Gómez (2015) muestra que en la población adulta colombiana los trastornos depresivos tienen una prevalencia del 5,4 %; 4,4 % en hombres y 6,4 % en mujeres, dentro de los cuales el trastorno depresivo mayor ocupa un 4,3 %; 3,2 % en hombres y 5,4% en mujeres. De modo que constituye uno de los niveles más altos en problemáticas de salud mental en comparación con los trastornos bipolares y los trastornos de ansiedad.

Resulta importante mencionar que, en este caso en particular, se observaron factores desencadenantes muy semejantes, a los responsables de los altos índices de prevalencia dentro de la patología en Colombia, y relacionados con el deterioro de la red de apoyo social y familiar, así como las altas tasas de violencia que exponen a los individuos a una continua situación de duelo (Santacruz et al., 1995, citado por Pardo, Zandoval y Umbarilla 2004).

Por las características anteriores se puede comprender la necesidad de los consultantes de recibir tratamiento psicológico, no solo por la dificultad que representa realizar las tareas diarias, si no por las conductas de riesgo que pueden verse involucradas y que pueden comprometer la vida y /o la integridad de la persona.

Según Aristizábal, García, Palacio y López (2009) el trastorno depresivo mayor se relaciona con trastornos de la personalidad, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, intoxicación aguda con alcohol intentos suicidas o suicidios consumados; además señalan que entre un 35% y un 80% de las personas que padecen un trastorno depresivo mayor han intentado

suicidarse, entre el 20% y el 35% de los suicidios consumados estuvieron acompañados de un diagnóstico depresivo, por lo menos el 27% de quienes tienen depresión han intentado por lo menos un suicidio en el transcurso de su vida, y a mayor severidad de los síntomas más intentos suicidas.

En la actualidad, existen terapias psicológicas eficaces para el tratamiento de diferentes problemas de salud mental. En el caso del trastorno depresivo mayor, la esperanza de recuperación es bastante alentadora, y promete una recuperación favorable, que puede permanecer en el tiempo y evitar recaídas a futuro.

Dentro de las opciones, uno de los modelos terapéuticos que ha demostrado mayor eficacia es la Activación Conductual (Pérez, 2006), la cual utiliza técnicas, que resultan ser prometedoras a la hora de superar las limitaciones de los tratamientos existentes, pues busca hacer un análisis exhaustivo del contexto para comprender la naturaleza y función de los sucesos, alterando la función psicológica del evento en particular y eliminando los intentos de control sobre los eventos privados (Mañas, s.f.). De esta manera, el tratamiento resulta ser contradictorio con las estrategias de afrontamiento que se usan usualmente para contrarrestar las sensaciones que ocasionan malestar, al tratar de eliminar, ignorar, acabar o evitar cualquier tipo de conducta que produzca algún grado de malestar, lo cual en muchos de los casos resulta ser el origen de las alteraciones de la funcionalidad de los individuos.

La Activación Conductual, parte de la premisa de que el sujeto se deprime por la disminución en la tasa de reforzamiento positivo proveniente del ambiente, lo cual lo lleva a preocuparse por el escape y la evitación de las consecuencias aversivas, de modo que propone realizar una activación sistemática que acerque al consultante a las tasas de reforzamiento

positivo y a resolver problemas que se le presenten, como es el caso de la rumiación (Barlow, 2018).

Según Barraca (2016) “una de las bondades de esta terapia radica en que se ha destacado por unos pocos métodos de contrastada eficacia y de sencilla aplicación (p.18)”. Lo que facilita el trabajo terapéutico; vinculando ampliamente al consultante en su proceso de recuperación, y aprovechando sus factores protectores como un recurso infalible.

En relación con su eficacia, la revisión sistemática de Soucy y Provencher (2013) evaluó trabajos de intervención basados en Activación Conductual, encontrando que los pacientes con depresión moderada y grave que recibían el tratamiento mejoraban su funcionalidad y disminuían la severidad de los episodios. Similares resultados reportaron Richards et al., (2016) quienes llevaron a cabo un ensayo clínico controlado para determinar el efecto de la Activación Conductual en comparación con la terapia cognitivo conductual tradicional. Los hallazgos mostraron que la activación conductual es tan eficaz como la terapia tradicional y que tiene la ventaja de que obtiene mejores resultados que esta última cuando el número de sesiones es menor.

Por otra parte, el modelo de Activación Conductual puede complementarse con otras técnicas, observándose igualmente resultados favorables para los pacientes. Así, por ejemplo, la Activación conductual puede combinarse con mindfulness, hallándose que no sólo es útil para la reducción de los síntomas, sino también para la prevención de recaídas y manejo de manifestaciones subclínicas (Wong, et al., 2018).

La misma situación ocurre con el entrenamiento en habilidades sociales, dado que, desde su modelo explicativo, la Activación Conductual propone que la carencia de conductas sociales adecuadas en el repertorio del individuo también contribuye al desarrollo de problemas relacionados con la depresión y el aislamiento social (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). De este

modo, se podría suponer que, al involucrar al consultante en comportamientos aceptadas socialmente, se mejoran los síntomas depresivos.

En la práctica, el entrenamiento en habilidades sociales se aplica solo o en compañía de otras técnicas terapéuticas. Permite generar estilos de conducta más adaptativas y aceptadas en el entorno del consultante, dentro de las cuales se buscan respuestas como la capacidad decir “no”, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos, iniciar, mantener y terminar conversaciones, hacer y aceptar cumplidos, expresar amor, agrado y afecto, defender los propios derechos, expresar opiniones, entre otros (Caballo, 2007).

Puerta y Padilla (2011) sostienen que “las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social” (p. 253). Por lo que, uno de los factores por tener en cuenta dentro del tratamiento basado en Activación Conductual es el brindar herramientas con técnicas complementarias que fortalezca las estrategias para relacionarse con los demás como parte esencial de su entorno.

Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de tratamiento para el caso aquí presentado fue el de Activación Conductual en combinación con mindfulness y entrenamiento en habilidades sociales. El diseño terapéutico consideró el establecimiento de objetivos terapéuticos alcanzables para su contexto, y el aprovechamiento de los recursos personales del paciente para mejorar sus condiciones problemáticas.

Objetivos

Objetivo general:

Entrenar al consultante en el manejo de las contingencias ambientales, para disminuir las conductas problema y aumentar los comportamientos funcionales.

Objetivos específicos:

Reconocer los factores desencadenantes y mantenedores de la sintomatología depresiva, y su funcionamiento dentro del contexto del consultante.

Fortalecer las áreas del funcionamiento del consultante, aproximándolo a fuentes de reforzamiento positivo.

Psicoeducar al consultante en estrategias de autorregulación emocional y habilidades sociales, por medio del mindfulness y entrenamiento en asertividad.

Metodología

Se propuso un diseño de caso único con diseño AB, donde se realizó la evaluación y observación de la línea base (A) y una fase de tratamiento, en la que se identificaron los cambios en la variable dependiente (B) (Montero y León 2002). Tanto evaluación y tratamiento se desarrollaron desde el modelo de activación conductual y técnicas complementarias: mindfulness y entrenamiento en habilidades sociales.

En la etapa de evaluación se identificaron los síntomas y las conductas problema para determinar el diagnóstico, y establecer los objetivos terapéuticos. En el proceso de intervención se realizó un proceso dirigido a mejorar la funcionalidad del consultante.

Participantes

Consultante masculino de 30 años, quien en el momento de solicitar atención clínica se encontraba viviendo solo. Residente en la ciudad de Duitama Boyacá en un sector residencial de estrato dos, y trabajador independiente en una vidriería de su propiedad.

Solicitó consulta clínica en la Comisaría Primera de Familia manifestando sintomatología asociada a estado de ánimo deprimido, dificultades para sentir placer o gusto por sus actividades diarias e ideas suicidas.

Instrumentos

Consentimiento informado: Es un documento a través del cual se le informa al consultante las obligaciones, derechos, deberes y procedimientos que se realizan, dentro del proceso psicoterapéutico.

Historia clínica: documento donde se plasman la información relevante sobre estado de salud mental del paciente, y sus respectivos seguimientos. Se utilizó el formato de historia clínica de la comisaria de familia del municipio de Duitama, el cual cumple con las regulaciones de la ley 1090 de 2006.

Entrevista clínica: es un procedimiento por el cual el terapeuta obtiene información relevante para el ejercicio de la evaluación y la intervención psicoterapéutica. Además, permite establecer rapport con el paciente, comprobar hipótesis y contrastar la información con otras técnicas (Bados y García, 2014).

Autorregistro: es una técnica de evaluación en la cual el sujeto registra conductas, sentimientos, pensamientos, su intensidad, frecuencia, y demás datos que el terapeuta considere necesarios (Barlow, 2018).

Observación conductual: es un método que permite recolectar información de la conducta de manera directa, ya sea por el terapeuta durante la sesión o por personas allegadas al consultante que puedan observar la conducta en el ambiente natural, o inclusive por el propio consultante (autoobservación) (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2102). En el presente caso, se usó la observación durante la terapia por parte del clínico, y la del consultante como tarea para la casa; recolectando información relevante para la evaluación y el seguimiento.

Escala de Ideación Suicida de Beck: es una escala de 21 ítems con un nivel aceptable de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.76, que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semiestructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los

pensamientos/deseos de suicidio, características del intento y actualización del intento (Córdoba y Rosales, 2012).

Inventario de Depresión de Beck (BDI): es una escala de 21 ítems los cuales buscan evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas en donde el paciente selecciona la que mejor se adapta a su situación. Cada una consta de cuatro opciones de respuesta que tienen un valor cuantitativo de cero a tres, y que al sumarse arrojan una puntuación que oscila entre 0 y 63 puntos, lo que a su vez permite determinar el nivel de severidad, así: de 0 a 13 mínima depresión, 14 a 19 depresión leve, 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave (Molina, et al., 2018).

Respecto a su fiabilidad, Vázquez (1998) afirma que el alfa de Cronbach se sitúa en 0,83 y la validez oscila entre 0,68 y el 0,89, siendo así uno de los instrumentos más usados para identificar la depresión. Según Llorca, González y Díaz (2007) la escala fue adaptada al castellano y validada por Conde et al. (1975), y tiene la característica de otorgar mayor importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos.

Escala de Observación de Reforzamiento Ambiental EROS: según Valderrama, Bianchi y Villalba (2016) la escala de observación de recompensa ambiental tiene una consistencia interna alfa de cronbach de 0.87, siendo por lo tanto un instrumento confiable que mide el grado de recompensa que ofrece el entorno, el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de vivir experiencias reforzantes.

La escala tipo Likert se compone de 10 ítems, que disponen de cuatro alternativas de respuestas que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Escala de Activación Conductual para la Depresión BADS: es un instrumento confiable y valido dentro de la evaluación clínica (alfa de Cronbach de 0.90) que tiene como finalidad medir la frecuencia de la activación, el escape, las conductas de evitación y el grado de afectación que se da en las áreas sociales, laborales o formativas, a causa de la depresión. Para esto, se compone de 25 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: activación, evitación, rumiación, deterioro laboral/formativo y social, con 7 opciones de respuesta en una escala de 0 a 6, en donde 0 es nada en absoluto y 6 es completamente cierto. (Sánchez, Barraca, Mora y Reyes, 2018).

Procedimiento

El procedimiento se dio dentro de un tiempo total de 5 meses, dentro del cual se realizaron 15 sesiones de 40 a 50 minutos cada una; entre una y dos veces a la semana.

En la tabla 1 se presenta la información sesión por sesión:

Tabla 1.

Sistematización del proceso de intervención

Numero de sesión	Objetivo	Descripción
Sesión 1 y 2	Obtener información relevante en torno a al motivo de consulta; síntomas, y conductas problemas.	- Diligenciamiento historia clínica y consentimiento informado - Entrevista clínica semiestructurada, observación conductual, autorregistro de conducta. - Aplicación de pruebas psicológicas: Escala de Depresión de Beck, Escala

		de Intencionalidad Suicida de Beck, Escala de Activación Conductual para la Depresión BADS y Escala de Observación de Recompensa Ambiental EROS.
Sesión 3	Psicoeducar al consultante respecto a los hallazgos en la evaluación y presentación del plan de intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó devolución de los hallazgos en las técnicas de evaluación - Se ofreció psicoeducación al consultante en torno a la problemática encontrada, al modelo terapéutico y/o al plan de intervención. - Planteamiento de objetivos terapéuticos.
Sesión 4y 5	Involucrar al consultante en actividades reforzantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Se programaron actividades para la casa, acorde a los objetivos terapéuticos. - Se efectuó seguimiento de los síntomas por autorregistro y autorreporte.
Sesión 6	Estabilizar emocionalmente al consultante.	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó intervención en crisis, por medio de la empatía, y la escucha activa.
Sesión 7	Realizar entrenamiento en asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> - Se llevó a cabo psicoeducación en conducta asertiva. - Se programaron actividades de activación conductual para la casa y se

		<p>hace el seguimiento de las tareas asignadas anteriormente.</p> <p>- Se plantearon soluciones alternativas para el cumplimiento de tareas.</p>
Sesión 8	Involucrar a la pareja del consultante en el proceso de intervención.	<p>- Se psicoeducó a la pareja del consultante, en conductas mutuamente reforzantes.</p> <p>- Se elaboró un contrato conductual, donde consultante y su cónyuge se comprometen a realizar ciertas conductas.</p> <p>- Se revisaron las tareas anteriores y se asignan nuevas tareas.</p>
Sesión 9	Entrenar al paciente en habilidades sociales y realizar gradación de actividades.	<p>- Se entrenó en habilidades sociales (hacer y rechazar peticiones).</p> <p>- Se programaron actividades de activación y se revisa el cumplimiento de tareas anteriores.</p>
Sesión 10	Realizar evaluación posttest para conocer evolución del consultante	<p>- Se aplicaron las pruebas psicológicas mencionadas con anterioridad.</p> <p>- Se recolectó información sobre el estado actual del consultante por medio de la</p>

		entrevista clínica, la observación de conducta y el autorregistro.
Sesión 11	Psicoeducar al consultante en torno a la evolución del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Se hizo la devolución de la evaluación postest - Se ajustaron algunos de los objetivos terapéuticos. - Se programaron nuevas actividades de activación para la casa.
Sesiones 12 13 y 14	Plantear actividades de activación, acordes con los recursos del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Se hizo seguimiento de síntomas por medio del autorregistro de actividad semanal. - Se plantearon tareas semanales - Se revisaron las actividades asignadas y se plantean posibles soluciones para las tareas no cumplidas.
Sesión 15	Entrenar al paciente en regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Se psicoeducó en mindfulness - Se realizó ejercicio de atención plena por medio de la técnica de la uva pasa y atención a la respiración.

De sus dos parejas se encuentra actualmente separado, con la más reciente (mujer de 18 años), reporta una relación fusionada de violencia, mientras que, con la mujer de 28 años, mantiene una relación de armonía.

No reporta estar o haber estado previamente en algún tipo de tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico, ni consumir medicamentos o sustancias.

Historia del ciclo de vida.

Infancia y adolescencia.

El consultante refiere que sus padres lo agredían física y verbalmente, lo cual le generaba sentimientos de tristeza y ansiedad, manifestados por llanto frecuente.

Aduldez.

Hacia los 20 años se convierte en padre y se casa con la mamá de su hija. Hace aproximadamente 3 años se separó de ella, desencadenando un proceso de duelo asociado a sentimientos de tristeza, pero que no intervinieron de manera significativa en su funcionalidad.

Hace un año inicio una nueva convivencia, debido a que su novia estaba embarazada en ese entonces. Este hecho le generó sentimientos de tristeza y ansiedad, debido a que no contemplaba la paternidad por segunda vez y la relación era bastante conflictiva.

El año de convivencia con su pareja lo considera tormentoso, ya que sufrió en numerosas ocasiones maltrato físico y verbal por parte de ella y en algunas ocasiones también de su suegra, razón que lo motivó a terminar la relación.

Actualmente, tiene un proceso en la Comisaria Primera de Familia por los hechos anteriormente mencionados y para acordar la cuota alimentaria de su hija menor.

Análisis funcional.

Conductas problema.

Dimensión verbal.

- Quejas verbales: el consultante afirma “tengo un problema grave con ideas de suicidio. Desde que mi pareja quedó embarazada empezaron los problemas, hasta el punto de que me agredió físicamente y eso me duele mucho, saber que la persona que me dijo que me amaba me lastime. Hace mes y medio ella se fue de la casa, me ha ido mal en todo lo que intento hacer, ya nada me gusta, y siento que las cosas no van a mejorar, siento frustración porque siempre he querido tener una relación de pareja estable, donde pueda compartir momentos agradables, y a pesar de lo que he hecho no lo he logrado”
- Pensamientos automáticos negativos: “no puedo más”, “no vale la pena intentarlo”, “no me valoran”
- Pensamiento catastrofista: “morir es una opción para acabar con este sufrimiento”
- Rumiación: El consultante pasaba gran parte del día albergando pensamientos sobre sus problemas y lo mal que le iba en todo lo que hacía, también, se evidencian distorsiones cognitivas.
- Dificultad en la toma de decisiones: El consultante manifiesta sentir dificultad la hora de tomar decisiones adecuadas para solucionar sus problemas

Dimensión emocional.

- Incremento en la frecuencia e intensidad de sentimientos de tristeza, motivados por la rumiación y la baja tasa de reforzamiento positivo.
- Anhedonia: pérdida del placer por casi todas las actividades que consideraba agradables.

Dimensión fisiológica.

- Dificultades para conciliar y mantener el sueño
- Dolores abdominales y fatiga

Dimensión social y de relaciones interpersonales.

- Aislamiento social: Dificultad para establecer relaciones interpersonales significativas con los demás.
- Pobre autocuidado: Negligencia en el cuidado personal (rutinas de ejercicio, alimentación saludable, desatención ante peligros inminentes).
- Descuido de la situación económica: Inasistencias laborales, desmotivación por el trabajo, bajo rendimiento laboral.

Conductas de evitación.

- Dilatación de metas laborales: Eludir tareas de trabajo, retrasar actividades planeadas con antelación.
- Actividades de ocio: largos periodos de tiempo invertidos en redes sociales

Antecedentes.

Antecedentes remotos.

- Exposición a violencia intrafamiliar durante la infancia y la adolescencia
- Pérdidas económicas significativas

Antecedentes recientes.

- Violencia física y psicológica por parte de su pareja
- Relación conflictiva con la familia de su pareja
- Embarazo no deseado de su cónyuge.
- Ruptura de la relación de pareja

Consecuentes.

- Enlentecimiento de la capacidad psicomotora
- Estado de ánimo deprimido casi todos los días, la mayor parte del día

- Inactividad prolongada
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes
- Dificultad para concentrarse

Formulación del caso

El consultante presentaba síntomas asociados a melancolía, tristeza profunda, pérdida del placer, pérdida importante de peso sin hacer dieta, insomnio, retraso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones e ideas suicidas durante un periodo consecutivo de mes y medio.

Dentro de estos síntomas se evidenciaron pensamientos negativos y catastrofistas, afirmando: “no puedo más”, “no me valoran”, “no vale la pena intentarlo” y verbalizando relacionadas con intencionalidad suicida: “morir sería una forma de acabar con el problema”.

Como consecuencia, se evidencia disminución de la capacidad para mantener jornadas sostenidas de trabajo; así como deterioro de las relaciones interpersonales y aislamiento social, ocasionando deterioro funcional de las esferas vitales. La sintomatología se encuentra asociada al trastorno depresivo mayor debido que se cumplen con los criterios diagnósticos del DSM 5 y no hay evidencia de una afección médica que los justifique.

Hipótesis de origen.

Según Catillo y Arankowsky (2008) la violencia intrafamiliar puede desencadenar diversas problemáticas físicas y mentales; constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. Quizá por esta razón, los sucesos que vivenció el consultante en la infancia y la adolescencia fueron una de las causas ambientales predisponentes al cuadro depresivo, debido a

que las agresiones físicas y verbales por parte de sus progenitores disuadieron la frecuencia de las conductas funcionales y adaptativas, e incentivaron la iniciación de comportamientos de evitación, que serían replicados en situaciones con escasa recompensa ambiental. Para Barlow (2018) “los problemas que surgen en la vida de individuos vulnerables, y sus repuestas conductuales que surgen a dichos problemas disminuyen su capacidad para obtener reforzadores positivos de su ambiente” (p, 353), de modo que, en la edad adulta las constantes pérdidas económicas, los problemas de pareja hasta llegar a la violencia y la experiencia de una paternidad no deseada, provocó una constante disminución del refuerzo positivo del ambiente paralelo al aumento del refuerzo de las conductas depresivas.

Hipótesis de mantenimiento.

Barraca (2009) señala que las conductas depresivas se mantienen por reforzamiento negativo, al evitar que la persona experimente incomodidad o dolor. Por eso, las rutinas del consultante se veían alteradas y sustituidas por comportamientos disfuncionales que se reflejan como: asilamiento social, evasión de las actividades laborales y uso excesivo de las redes sociales.

Por consiguiente, el poco refuerzo contingente del ambiente es fundamental en el desarrollo de las conductas depresivas; disminuyendo los comportamientos ajustados a las demandas del contexto y aumentando la práctica de acciones asociadas a la evitación y el escape (Binchi y Muñoz, 2014). Por lo que, la falta de habilidades en el manejo de las contingencias mantuvo de manera sostenida la sintomatología depresiva ya que funcionaba como alivio temporal a su estado de ánimo y lo alejaba del esfuerzo que requería realizar actividades funcionales.

Impresión diagnóstica

Consultante que manifiesta sintomatología asociada a estado de ánimo deprimido casi todos los días, disminución del interés o placer por casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta, insomnio, retaso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones e ideas suicidas. Los síntomas generan malestar clínicamente significativo con un deterioro funcional moderado y se prolongan por un periodo consecutivo de mes y medio.

Por tal motivo, se considera que según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales Quinta edición DSM 5, el consultante manifiesta un trastorno de depresión mayor moderado, único episodio 292.22 (F32.1).

Diagnóstico diferencial: La sintomatología del consultante no se asocia a episodios maniacos con ánimo irritable o episodios mixtos ya que dentro de la sintomatología no se identifica estado de ánimo irritable. No se relaciona con un trastorno del humor debido a otra afección médica porque que no hay evidencia de alguna enfermedad física que justifique los síntomas. Tampoco corresponde a un trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias ya que en la historia del consultante no se observa abuso o consumo de sustancias, y además manifiesta no consumir ningún medicamento.

Así mismo, no se puede hablar del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, o de un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido ya que los criterios diagnósticos no se cumplen en ninguno de los casos.

Finalmente, no corresponde a un periodo meramente de tristeza debido a que el consultante manifiesta otros síntomas adicionales, y sí se cumplen todos los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (APA 2014).

Resultados de la intervención

Los resultados obtenidos a lo largo de las quince sesiones fueron positivos, debido que se cumplieron los objetivos terapéuticos y se disminuyó significativamente la sintomatología depresiva del consultante.

Inicialmente el paciente presentaba afectación en su estado de ánimo, alteración de la funcionalidad, y conductas de riesgo (pobre autocuidado e ideación suicida).

Para la sesión 10 el consultante manifiesta una mejora del estado ánimo, donde reporta disminución de los periodos de insomnio, mejor desempeño laboral (mayor porcentaje de metas alcanzadas), mejora de las relaciones interpersonales (salir con amigos) y familiar (disfrutar el tiempo en compañía de su hija mayor), disminución de la queja verbal, disminución del tiempo empleado en conductas evitativas (menos tiempo invertido en redes sociales), y disminución de las ideas suicidas.

Para la sesión 15 el consultante es capaz de establecer metas y tareas por sí mismo; logrando gran parte de sus objetivos, sus rutinas se ven restauradas de manera significativa, y su estado de ánimo parece no interferir en su funcionalidad. No se detectan conductas de riesgo, y no se cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor.

Para lograr los objetivos terapéuticos, se trabajó en la asignación y posterior realización de actividades de activación conductual de manera gradual, que conectaron con fuente de reforzamiento positivo; diseñando estrategias en cada sesión para el cumplimiento de estas y trabajando de manera directa con el área laboral, de apoyo social y familiar.

Además, se psicoeducó en habilidades sociales, y regulación emocional, como complemento.

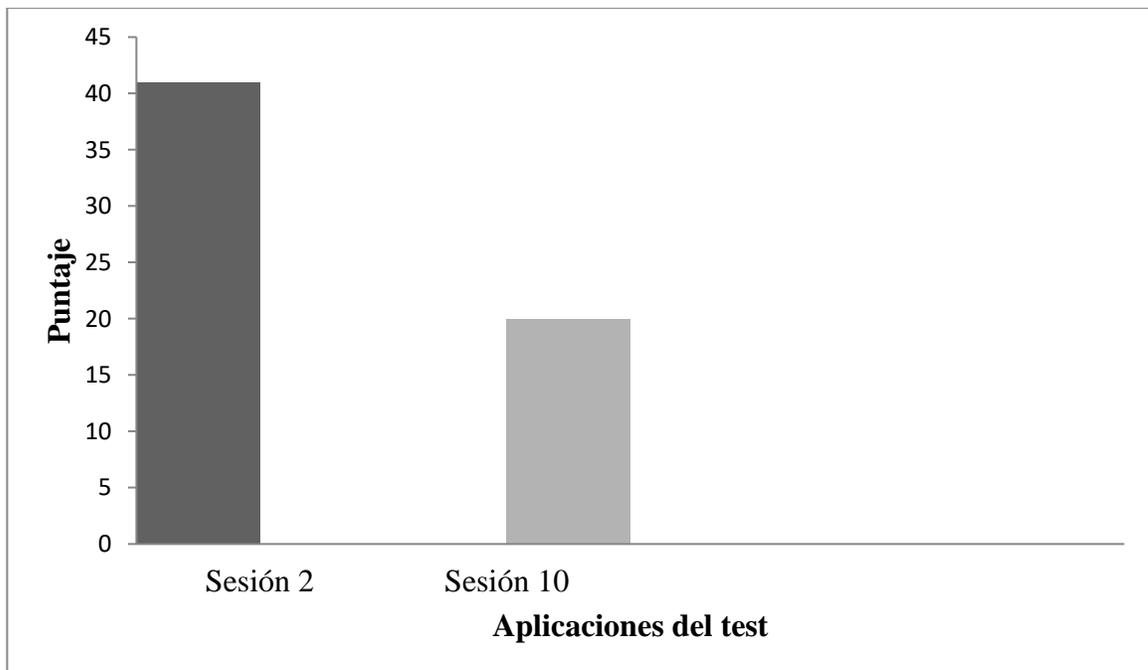
En el proceso de evaluación (pretest) se aplicaron cuatro escalas: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Observación de Recompensa Ambiental EROS, Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADDS). En la sesión número 10 se aplicaron nuevamente las mismas pruebas para observar la evolución del paciente (postest).

A continuación, se detallan los resultados obtenidos:

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

La puntuación oscila entre 0 y 63, dentro de lo cual de 0 a 13 es mínima depresión, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave (Molina, et al., 2018)

Figura 1. Resultados pretest – postest Escala de Depresión de Beck.



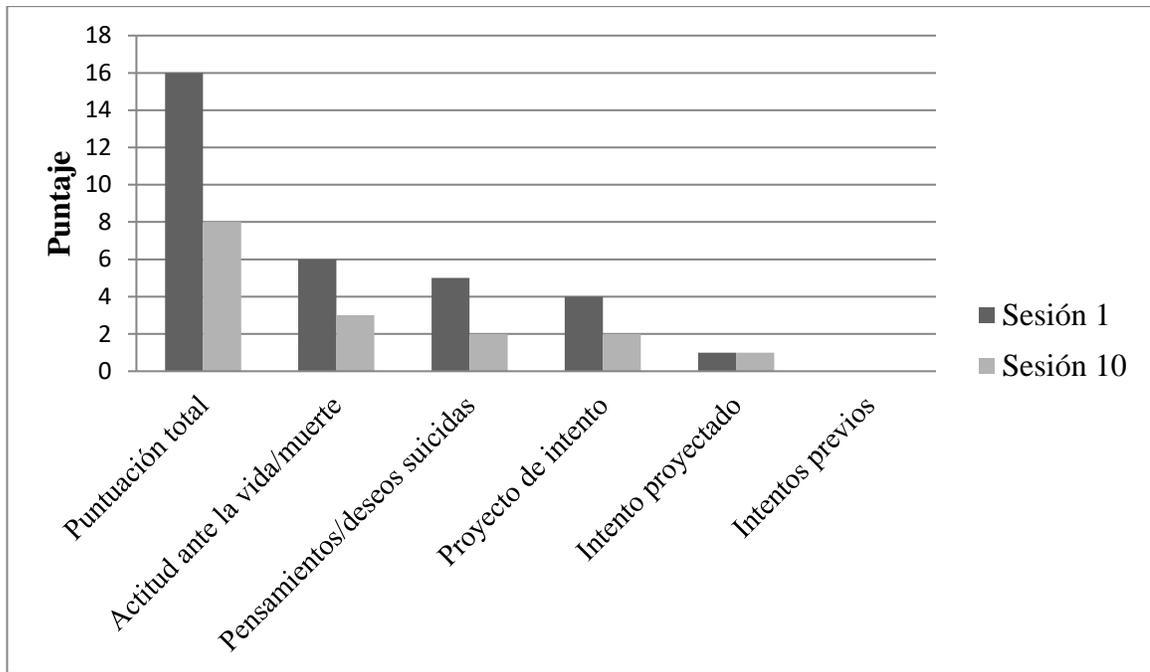
El inventario se aplicó al consultante en dos ocasiones con el objetivo de realizar seguimiento a la problemática: en la sesión 2 arroja un puntaje de 41, situándose en depresión grave, y en la sesión 10 una puntuación de 20, indicando depresión moderada. De esta manera, se

evidencia una disminución en la afectación del estado de ánimo, y mejora de la función cognitiva relacionada con la sintomatología depresiva.

Escala de Ideación Suicida de Beck.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Cada reactivo tiene tres opciones a las que se asigna un valor cuantitativo de 0 a 2 y luego se suman para obtener un puntaje global, indicando a mayor puntaje, mayor riesgo suicida (González, Diaz, Ortiz, González y González, 2000).

Figura 2. Comparación de resultados test postest Escala de Ideación Suicida de Beck



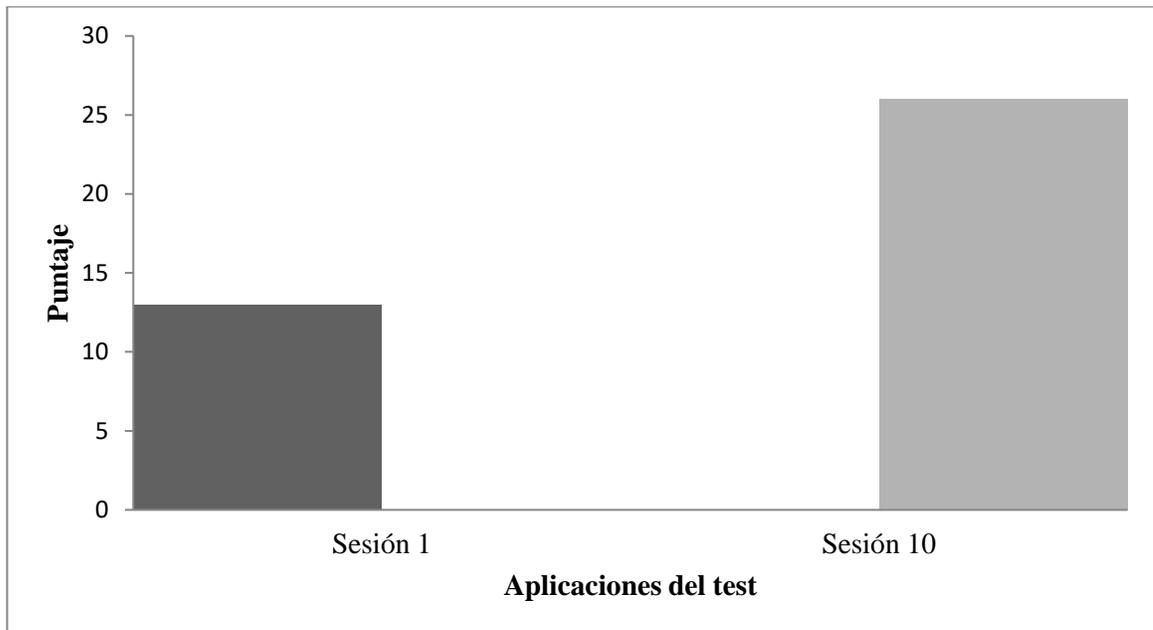
El test se administra en dos ocasiones (sesión 2 y 10) a fin de realizar seguimiento al nivel de intensidad de las características de la ideación suicida. La puntuación total muestra un avance importante en la disminución de las conductas de riesgo con un decremento de 8 puntos (16 puntos en el pretest, 8 puntos en el postest). En la subescala de actitud hacia la vida/muerte muestra una disminución de 3 puntos (6-3), en pensamientos/deseos suicidas 5 (5-2), proyecto de

intento 2 (4-2), intento proyectado permanece estable (1-1), e intentos previos 0 (nunca ha intentado suicidarse)

Escala de Observación de Recompensa Ambiental EROS.

Para interpretar los resultados se tiene en cuenta la puntuación total de la escala, donde 10 es la puntuación mínima y 40 la máxima. A mayor puntuación mayor noción de refuerzo del medio ambiente y menor estado de ánimo bajo (Valderrama, Bianchi y Villalba, 2016)

Figura 3. Resultados Escala de Observación de Recompensa Ambiental EROS

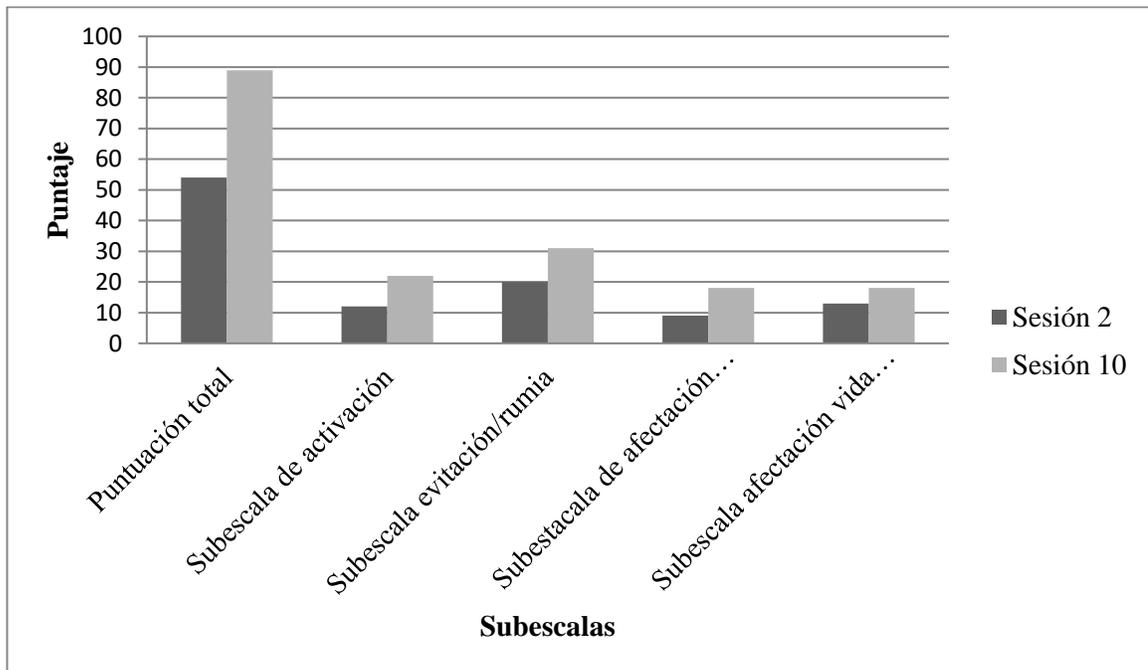


Esta escala al igual que las anteriores se proporcionó en dos ocasiones, su finalidad fue determinar el grado de recompensa que aporta el entorno del consultante. En el pretest la puntuación se sitúa en 13 puntos de 40, mientras en el posttest se observa el equivalente a 26, aumentando 13 puntos. Al hacer la comparación de resultados entre sesiones, se detecta que hay un incremento importante de las conductas funcionales, y por lo tanto un aumento del refuerzo y las respuestas gratificantes.

Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs).

Para medir la Activación Conductual de manera general se suman los resultados de las subescalas; de forma directa en la subescala de activación y de forma inversa en las subescalas de evitación/rumia, afectación del trabajo/educación y afectación de la vida social (Sánchez, Soto, Vega y Ribas, 2011)

Figura 4. Resultados Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs).



Con la aplicación del test en las dos ocasiones y su posterior análisis, se quiso precisar el grado de actividades enfocadas a un objetivo y la finalización de las mismas, la evitación de estados negativos y aversivos, la inactividad o pasividad laboral y el aislamiento social. La puntuación total muestra un aumento de 35 puntos (54 en el pretest y 89 en el postest), visibilizando un aumento de la activación general. La subescala de activación muestra un aumento de 10 puntos (12-22), la subescala de evitación/ rumia un incremento de 11 (20-31), la subescala de afectación del trabajo una mejora de 9 puntos (9-18) y en la subescala de afectación de la vida social una adición de 5 (13-18).

Discusión

Se dio a conocer un caso de depresión mayor moderada, donde se usó el modelo Activación Conductual, lo cual permitió que el paciente sustituyera las conductas de evitación, por actividades reforzantes; tales como salir con amigos, cocinar con su hija mayor, hacer aseo a la vivienda y realizar quehaceres específicos en su trabajo, para fortalecer su red de apoyo, aumentar su desempeño laboral y restablecer rutinas diarias, para alcanzar los objetivos terapéuticos y mejorar su estado de ánimo. Además, el hecho de incluir tareas escalonadas que hacían parte de su repertorio; coadyuvadas con estrategias de solución de problemas, dio la posibilidad que fueran más factibles de desarrollar y por ende desencadenaran consecuencias gratificantes que funcionaron como refuerzo a las conductas adaptativas.

En cuanto al análisis funcional, el modelo de Activación Conductual de Ferster y Lewinsohn (1973, 1974), la depresión se origina por el decremento del refuerzo positivo del ambiente del paciente; y adicionalmente, las consecuencias aversivas que siguen a la conducta llevan a los individuos a ejercer el escape y la evitación. 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.

La depresión, según Barraca (2016) se da porque la persona evita fuentes potenciales y naturales de reforzamiento debido a que el contacto con estas representa un desafío, y en muchas

ocasiones resulta amenazante, doloroso e incómodo; llevándolo a evadir ciertas conductas que brindan un alivio a corto plazo, pero que a largo plazo pueden desencadenar problemáticas severas.

De esta manera, la terapia se enfocó en solucionar las problemáticas particulares originadas por el inadecuado manejo de las contingencias ambientales; involucrando al consultante de forma práctica, para que la probabilidad de ocurrencia de los comportamientos funcionales fuera aumento de manera gradual, y pudiesen mantenerse al finalizar el proceso de intervención, accediendo de esta manera a fuentes de reforzamiento positivo tales como relaciones interpersonales funcionales y significativas, apoyo social y operatividad laboral.

En efecto, el cumplimiento los objetivos de la terapia dan cuenta de la favorabilidad de las técnicas implementadas en las sesiones, debido a que se logró determinar de manera precisa el origen de las conductas, sus consecuentes y la función que cumplían en el ambiente del consultante. Pérez (2007) precisa que la depresión es una posibilidad del ser humano, que tiene causas vitales y ambientales y debe ser comprendida de esta manera, por ende, las conductas de la persona juegan un papel fundamental en el surgimiento y mantenimiento de la depresión, estas suelen ser pasivas e impiden abordar el problema con soluciones adecuadas. A consecuencia, extinguir las conductas depresivas y reforzar las actividades funcionales resultó ser altamente provechoso en el restablecimiento de las rutinas del paciente, ya que las actividades programadas tienen una función dentro de la vida de la persona, y no se realizan simplemente para ocupar el tiempo; se debe tener en cuenta que una de las metas a trazar es que la persona sea capaz de observar las consecuencias de sus acciones y lo aplique de tal manera que favorezcan su estado de ánimo, siendo tarea del terapeuta enseñar a los consultantes a observar lo que hacen o no hacen, como se sienten y porque se sienten así (Pérez, 2007).

De tal modo, al haber formas evitativas de afrontar los problemas, el consultante puede optar por actividades de ocio que acortan el tiempo a de las responsabilidades laborales, sociales y personales, (que de por si representa un esfuerzo incapaz de suplir) debido a la alteración en estado de ánimo y la incomodidad que implica el contacto con los demás.

Por eso, las tareas graduales mencionadas anteriormente y el entrenamiento en asertividad (establecer límites, hacer y rechazar ciertas peticiones), fue mejorando poco a poco las condiciones del consultante y favoreció la observación de su conducta, de modo que en la sesión número 15 no solo se reporta el cumplimiento de las tareas acordadas con el terapeuta, sino que logró planificar por sí mismo algunas actividades de tipo funcional que le permitieron cumplir metas específicas y manejar algunas contingencias de su entorno tales como el descenso económico, las agresiones de otras personas (expareja), y la afectación de su estado de ánimo.

No obstante, no fue posible controlar de manera directa los pensamientos automáticos y las creencias irracionales. Porque: “cuando se aborda la rumiación en la activación conductual existe menos interés en el contenido particular de los pensamientos rumiantes que en el contexto y las consecuencias de la rumiación” (Barlow, 2018, P.366). Por eso, la disminución de la rumia se hizo desde técnicas conductuales, propias del modelo; manipulando las conductas y las contingencias estratégicamente.

Referente al resultado, se observó que el consultante fortaleció la red de apoyo familiar y social, y mejoró significativamente su rendimiento laboral; expresando verbalizaciones positivas acerca del funcionamiento de las áreas de su vida y reduciendo la ideación suicida que inicialmente se había identificado como una conducta de riesgo.

Para confirmar la confiabilidad del tratamiento se verifican los trabajos experimentales de Barraca (2010), donde se ratifica la eficacia de la terapia basada en Activación Conductual para

el tratamiento de los síntomas depresivos, inclusive en los casos más severos donde los efectos pueden perdurar a largo plazo. Según un estudio realizado por Dimidjian et al. (2006) citado por Bianchi y Muñoz (2014) la activación conductual es más eficiente que la terapia cognitiva y eficaz en comparación con la medicación, resaltando las mayores diferencias en los participantes con la sintomatología más severa. Por esta razón, los resultados de la intervención reafirman los alcances durante el transcurso del tratamiento y la posibilidad de replicar el modelo conductual, como alternativa de recuperación para éste y otro tipo de problemas. Turner y Leach (2010) citados por Bianchi y Muñoz (2014) hallaron que la Activación Conductual resultó útil para el tratamiento de la ansiedad (sin hallazgos de síntomas de depresión), según datos recolectados por autorreportes.

Por otra parte, es importante resaltar que mediante los instrumentos de evaluación no se evidenciaron problemáticas adicionales, pero al hacer un contraste con otros casos, se evidencia la efectividad del modelo cuando hay presencia de problemáticas comórbidas. Para ello, Romero, Poves y Vucinovich (2011) exponen un caso donde se aplicó el modelo a un hombre de 45 años con sintomatología depresiva y con diagnóstico de esquizofrenia paranoide con sintomatología alucinatorio – delirante. En el análisis funcional se observó una disminución del reforzamiento positivo, el cual se fue aumentando a medida que transcurrieron las 20 sesiones desarrolladas en 10 semanas. Los resultados en cuanto a la disminución de la sintomatología depresiva se muestran positivos en comparación con la línea base y los seguimientos semana a semana. Por lo que se puede inferir, que la Activación Conductual es una opción viable en casos donde existen afecciones mentales graves y que demandan un tratamiento altamente efectivo a la hora de visibilizar los resultados.

Conclusiones y recomendaciones

La falta de recursos personales de AD para enfrentar las situaciones de crisis, generaron la sintomatología depresiva, que se fue agudizando a medida que reaccionaba con conductas de evitación. Los mecanismos de evaluación evidenciaron que el reemplazar este tipo de comportamientos por actividades funcionales dentro de las diferentes áreas de su vida, proporcionaba recompensas que poco a poco fueron mejorando su estado de ánimo; aun cuando estas generaban cierto grado de dificultad, asociado a su estado de ánimo.

La técnica de solución de problemas dentro del proceso de activación permitió que el consultante analizara los antecedentes y consecuentes de las conductas y la relación con sus sensaciones, desarrollando estrategias para cumplir con los objetivos terapéuticos y mejorando el vínculo que existe entre él y el contexto; actuando de manera positiva ante las dificultades.

Ahora bien, para mejorar los resultados de la intervención, se recomienda evaluar el estado actual del consultante, y complementar el tratamiento con algunas sesiones de prevención de recaídas, para fortalecer el sostenimiento de los resultados en el tiempo, y dar frente de manera adecuada a las posibles las recidivas que puedan originarse a futuro.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5*. Madrid, España: Panamericana.
- Aristizábal, A., González, A., Palacio, C., García, J., López, C. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (3), 446 – 463.
- Bados, A., & García, E. (2014). *La entrevista clínica*. Barcelona: Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastorno psicológicos tratamiento paso a paso*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- 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 (1), 23-50.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2). 183 – 197. Recuperado de
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 15 - 33.
- Bianchi, J., & Muñoz, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 83 – 93. Recuperado de
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Castillo, R., & Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Biomedic, 19*, 128-136.
- Córdova, M., & Rosales, J. (2012). Confiabilidad y Validez de constructo de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas en psicología, 16* (26), 16-25
- Gómez, C. (2015). Encuesta nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatria, 45* (1), 1 – 154.
- González, M., Diaz, M., Ortis, L., González, F., & González, N. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental, 23* (2) , 21-30
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Llorca, G., Muriel, C., González, T., & Díez, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 14*(1), 26-35.
- Mañas, I. (s.f.). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología, (40)*, 26 – 34.
- Martínez, A., & Piqueras, J. (2019). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista de Neurología, 50* (3), 167-178.
- Molina, y., Gomez, o., Bonilla, J., Roper, U., Velez, D., & Salazar, J., (2018). Prevalencia de Sintomatología Depresiva en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, Manisalez- Colombia. *Revista Médica de Risaralda, 24* (1), 23-28

- Montero, I., & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2 (3), 503 – 508.
- Pardo, A., Sandoval, D., & Umbarila, Z. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 13-28.
- Peña, F., Ulloa, R., & Páez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22, 88-92.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28 (2), 97 – 110.
- Pérez, M. (2006). La terapia de Conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5 (2), 159-172.
- Pérez, M. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*. 0, 17 – 43.
- Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duzary*, 8 (2), 251 – 257.
- Richards, D., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R., Byford, S., Warren, F.....&Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880.
- Romero, R., Poves, S., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Universidad de la Huelva*, 37, 65 – 75.

- Rueda, M., Díaz, L., & Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (2), 159 – 168.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, J., Barraca, J., Mora, E., & Reyes, M. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) en una Muestra Mexicana. *Clínica y Salud*, 29(3), 151-155. Doi: doi.org/10.5093/clysa2018a22.
- Sánchez, D., Soto, A., Vega, D., & Ribas, J. (2011). Traducción al Castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Format Grupal. Datos Preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (1009), 11-23
- Soucy, I., & Provencher, M. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145, 292-299.
- Valderrama, M., Bianchi, J., & Villalba, J. (2016). Validation of the Environmental Reward Observation Scale (EROS) in Colombian population. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1-13. doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vero.
- Vázquez, S. (1989). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318
- Wong, S., Sun, Y., Chan, A., Leung, M., Chao, D., Li, C.,.....& Yip, B. (2018). Treating subthreshold depression in primary care: a randomized controlled trial of behavioral activation with mindfulness. *The Annals of Medicine*, 16, 111-119.

Anexos

Anexo 1. Formulación de caso

Datos socio demográficos.

Nombre: AD

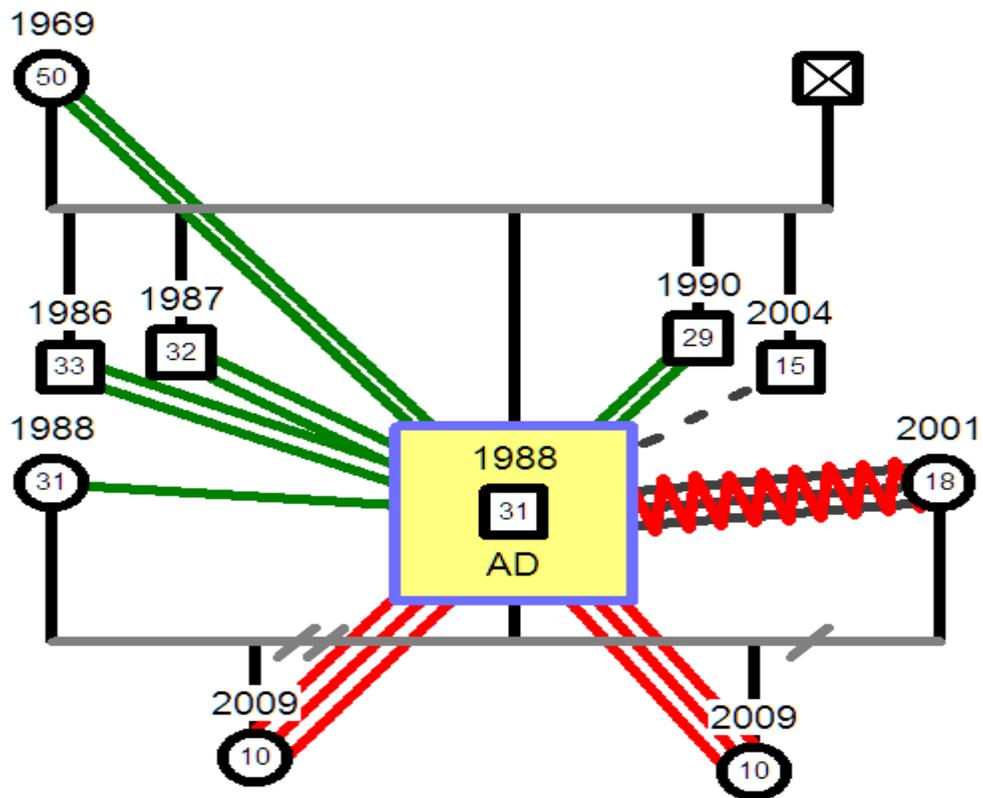
Edad: 30 años

Estrato: 2

Lugar de nacimiento: Duitama, Boyacá

Residencia actual: Duitama, Boyacá

Genograma.



AD vive solo. Con sus hermanos de 33,32 y 29 años de edad tiene una relación de amistad, mientras que con su hermano de 15 años de edad la relación es distante. Tiene dos hijas, producto de dos relaciones distintas; una niña una de 10 años y una de 5 meses, con ambas la relación es fusionada.

De sus dos parejas se encuentra actualmente separado, con la más reciente (mujer de 18 años), reporta una relación fusionada de violencia, mientras que, con su la mujer de 28 años, mantiene una relación de armonía.

Motivo de consulta.

“Tengo un problema grave con ideas de suicidio”

Descripción de la historia de vida.

AD es un hombre de 31 años de edad, que tiene dos hijas, reside actualmente en la ciudad de Duitama, en Boyacá, en un sector de estrato 2 y labora actualmente como independiente en una vidriería de su propiedad.

Proviene de una familia nuclear; tiene 5 hermanos (3 mayores y dos menores que él), su padre falleció debido a una enfermedad pulmonar. Tanto sus hermanos como su madre residen actualmente en Ibagué, lo que hace difícil mantener encuentros presenciales constantes.

De sus antecedentes personales informa que fue víctima de violencia intrafamiliar en la niñez y la adolescencia por parte de sus progenitores, en una ocasión de su vida adulta tuvo pérdidas económicas significativas que los desestabilizaron emocionalmente. Además, fue padre de su segunda hija sin desearlo, debido a la inestabilidad que tenía con su pareja en ese momento.

Hace aproximadamente diez años ingreso a la Universidad a estudiar Administración de Empresas, pero solo fue posible durante dos semestres, debido a los escasos recursos económicos que poseía.

Estuvo casado con una mujer que actualmente tiene 28 años, y con quien tiene una niña de 10 años.

Desde hace aproximadamente mes y medio se separó de su segunda pareja (de 18 años), con quien convivió aproximadamente un año, y de quien sufrió agresiones físicas y verbales constantes. Producto de esta relación existe una niña de 5 meses de edad.

Ciclo vital.

Infancia y adolescencia.

El constante refiere que sus padres lo agredían física y verbalmente, lo cual le generaba sentimientos de tristeza y ansiedad, manifestado por llanto frecuente.

Aduldez.

Hacia los 20 años de edad se convierte en padre y se casa con la mamá de su hija. Hace aproximadamente 3 años se separó de ella, desencadenando un proceso de duelo asociado a sentimientos de tristeza, pero que no intervino de manera significativa en su funcionalidad.

Hace un año inicio una nueva convivencia, debido a que su novia estaba embarazada en ese entonces. Este hecho le generó sentimientos de tristeza y ansiedad, debido a que no contemplaba la paternidad por segunda vez y la relación era bastante conflictiva.

El año de convivencia con su pareja lo considera tormentoso, ya que sufrió en numerosas ocasiones maltrato físico y verbal por parte de su cónyuge, y en algunas ocasiones también de su suegra, razón que lo motivó a terminar la relación.

Actualmente tiene un proceso en la Comisaria Primera de Familia por los hechos anteriormente mencionados, y adicional para acordar la cuota alimentaria de su hija menor.

Contexto.

Contexto	Descripción
Familiar	<p>Actualmente vive solo. Su madre y sus hermanos viven en la ciudad de Ibagué, lo que dificulta los encuentros presenciales frecuentes.</p> <p>En la ciudad donde reside vive una tía y un primo, con quienes manifiesta tener una excelente relación.</p>
Social	<p>AD muestra dificultad para relacionarse con los demás, ya que afirma que no tiene un círculo frecuente de amigos, porque no confía en los demás; sin embargo, en el último mes acude con mayor frecuencia a consumir alcohol con algunos conocidos.</p>
Salud	<p>AD no conoce estar enfermo de ninguna enfermedad física en la actualidad. Sin embargo, reporta tener dificultades para dormir, sensación de fatiga y dolor de estómago.</p>

Recreación	Dentro de sus actividades recreativas le gusta ver programas de carros, bailar, cocinar, compartir y salir a pasear con su hija mayor.
Académico	AD es bachiller académico, estudio dos semestres de Administración de Empresas, pero abandonó sus estudios por razones económicas.

Instrumentos de entrevista.

- Inventario de Depresión de Beck
- Escala de Ideación Suicida de Beck
- Escala de Observación de Reforzamiento Ambiental EROS
- Escala de Activación Conductual par la Depresión BADS
- Formato de autoregistros conductual para la casa
- Observación conductual
- Entrevista Clínica

Análisis funcional.

Conductas problema.

Dimensión verbal.

- Quejas verbales: el consultante afirma “tengo un problema grave con ideas de suicidio. Desde que mi pareja quedó embarazada empezaron los problemas, hasta el punto de que me agredió físicamente y eso me duele mucho, saber que la persona que me dijo que me amaba me lastime. Hace mes y medio ella se fue de la casa, me ha ido mal en todo lo que intento

hacer, ya nada me gusta, y siento que las cosas no van a mejorar, siento frustración porque siempre he querido tener una relación de pareja estable, donde pueda compartir momentos agradables, y a pesar de lo que he hecho no lo he logrado”

- Pensamientos automáticos negativos: “no puedo más”, “no vale la pena intentarlo”, “no me valoran”
- Pensamiento catastrofista: “morir es una opción para acabar con este sufrimiento”
- Rumiación: El consultante pasaba gran parte del día albergando pensamientos sobre sus problemas y lo mal que le iba en todo lo que hacía, también, se evidencian distorsiones cognitivas.
- Dificultad en la toma de decisiones: El consultante manifiesta sentir dificultad la hora de tomar decisiones adecuadas para solucionar sus problemas

Dimensión emocional.

- Incremento en la frecuencia e intensidad de sentimientos de tristeza, motivados por la rumiación y la baja tasa de reforzamiento positivo.
- Anhedonia: pérdida del placer por casi todas las actividades que consideraba agradables

Dimensión fisiológica.

- Dificultades para conciliar y mantener el sueño
- Dolores abdominales y fatiga

Dimensión social y de relaciones interpersonales.

- Aislamiento social: Dificultad para establecer relaciones interpersonales significativas con los demás
- Pobre autocuidado: Negligencia en el cuidado personal (rutinas de ejercicio, alimentación saludable, desatención ante peligros inminentes)

- Descuido de la situación económica: Inasistencias laborales, desmotivación por el trabajo, bajo rendimiento laboral
- **Conductas de evitación.**
- Dilatación de metas laborales: Eludir tareas de trabajo, retrasar actividades planeadas con antelación.
- Actividades de ocio: largos periodos de tiempo invertidos en redes sociales

Antecedentes.

Antecedentes remotos.

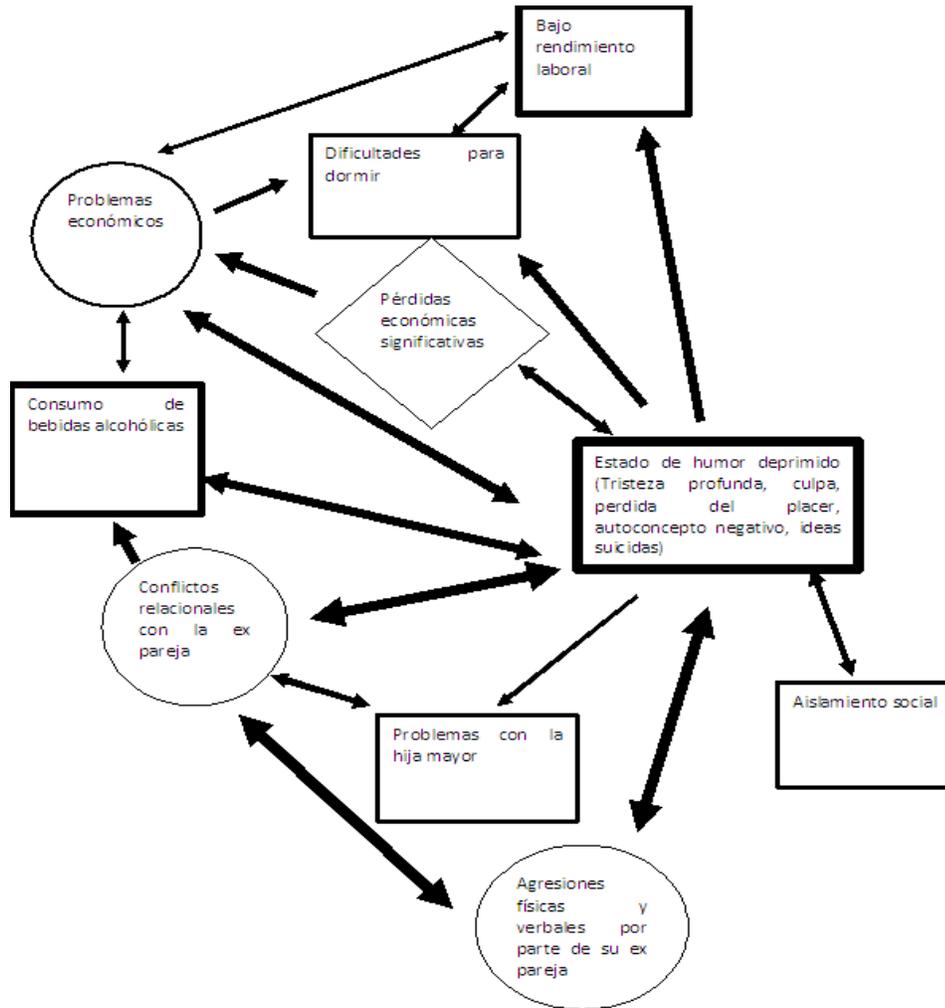
- Exposición a violencia intrafamiliar durante la infancia y la adolescencia
- Pérdidas económicas significativas

Antecedentes recientes.

- Violencia física y psicológica por parte de su pareja
- Relación conflictiva con la familia de su pareja
- Embarazo no deseado de su cónyuge
- Ruptura de la relación de pareja

Consecuentes.

- Enlentecimiento de la capacidad psicomotora
- Estado de ánimo deprimido casi todos los días, la mayor parte del día
- Inactividad prolongada
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Pensamientos de inutilidad, desesperanza y minusvalía constantes
- Dificultad para concentrarse



Formulación del caso.

El consultante presentaba síntomas asociados a melancolía, tristeza profunda, pérdida del placer, pérdida importante de peso si hacer dieta, insomnio, retraso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones e ideas suicidas

Dentro de estos síntomas se evidenciaron pensamientos negativos y catastrofistas, afirmando: “no puedo más”, “no me valoran”, “no vale la pena intentarlo” y verbalizando relacionadas con intencionalidad suicida: “morir sería una forma de acabar con el problema”.

Como consecuencia, se evidencia disminución de la capacidad para mantener jornadas sostenidas de trabajo; así como deterioro de las relaciones interpersonales y aislamiento social, ocasionando deterioro funcional de las esferas vitales.

Hipótesis de origen.

Según Catillo y Arankowsky (2008) la violencia intrafamiliar puede desencadenar diversas problemáticas físicas y mentales; constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión. Quizá por esta razón, los sucesos que vivenció el consultante en la infancia y la adolescencia fueron una de las causas ambientales predisponentes al cuadro depresivo, debido a que las agresiones físicas y verbales por parte de sus progenitores disuadieron la frecuencia de las conductas funcionales y adaptativas, e incentivaron la iniciación de comportamientos de evitación, que serían replicados en situaciones con escasa recompensa ambiental. Para Barlow (2018) “los problemas que surgen en la vida de individuos vulnerables, y sus repuestas conductuales que surgen a dichos problemas disminuyen su capacidad para obtener reforzadores positivos de su ambiente” (p, 353), de modo que, en la edad adulta las constantes pérdidas económicas, los problemas de pareja hasta llegar a la violencia y la experiencia de una

paternidad no deseada, provocó una constante disminución del refuerzo positivo del ambiente paralelo al aumento del refuerzo de las conductas depresivas.

Hipótesis de mantenimiento.

Barraca (2009) señala que las conductas depresivas se mantienen por reforzamiento negativo, al evitar que la persona experimente incomodidad o dolor. Por eso, las rutinas del consultante se veían alteradas y sustituidas por comportamientos disfuncionales que se reflejan como: asilamiento social, evasión de las actividades laborales y uso excesivo de las redes sociales.

Por consiguiente, el poco refuerzo contingente del ambiente es fundamental en el desarrollo de las conductas depresivas; disminuyendo los comportamientos ajustados a las demandas del contexto y aumentando la práctica de acciones asociadas a la evitación y el escape (Binchi y Muñoz, 2014). Por lo que, la falta de habilidades en el manejo de las contingencias mantuvo de manera sostenida la sintomatología depresiva ya que funcionaba como alivio temporal a su estado de ánimo y lo alejaba del esfuerzo que requería realizar actividades funcionales.

Impresión diagnóstica

Consultante que manifiesta sintomatología asociada a estado de ánimo deprimido casi todos los días, disminución del interés o placer por casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta, insomnio, retaso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones e ideas suicidas. Los síntomas generan malestar clínicamente significativo con un deterioro funcional moderado.

Por tal motivo, se considera que según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales Quinta edición DSM 5, el consultante manifiesta un trastorno de depresión mayor moderado, único episodio 292.22 (F32.1).

Diagnóstico diferencial: La sintomatología del consultante no se asocia a episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos ya que dentro de la sintomatología no se identifica estado de ánimo irritable. No se relaciona con un trastorno del humor debido a otra afección médica porque que no hay evidencia de alguna enfermedad física que justifique los síntomas. Tampoco corresponde a un trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias ya que a que en la historia del consultante no se observa abuso o consumo de sustancias, y además manifiesta no consumir ningún medicamento

Así mismo, no se puede hablar del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, o de un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido ya que los criterios diagnósticos no se cumplen en ninguno de los casos.

Finalmente, no corresponde a un periodo meramente de tristeza debido a que el consultante manifiesta otros síntomas adicionales, y sí se cumplen todos los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor APA (2014).

Anexo 2. Consentimiento informado

 <p><i>Duitama</i> Capital Cívica de Boyacá</p>	<p>República de Colombia Departamento de Boyacá Municipio de Duitama Comisaría Primera de Familia</p>
CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO	

Ciudad _____ Fecha _____

El siguiente documento tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológico. Si tiene cualquier duda consúltelo con el/la psicólogo/a.

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia basada en la evidencia.
3. Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 30 a 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
2. El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.
2. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
3. El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta: ínter consulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

Yo _____ mayor de edad
identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____
de _____ manifiesto la veracidad de los datos personales aportados para la
confección de la historia clínica, y que he recibido información suficiente acerca del tratamiento.
Confirmando que doy voluntariamente mi consentimiento a iniciar un proceso terapéutico con el/la

psicólogo/a _____, luego de haber considerado las condiciones explicadas anteriormente.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

CC. N° _____ de _____

Firma: _____

Nombre del profesional: _____

CC. N°: _____ de _____

Tarjeta profesional: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Aneo 3. Historia Clínica

		República de Colombia Departamento de Boyacá Municipio de Duitama Comisaría Primera de Familia							
		HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS							
Fecha recepción	Día		Mes		Año		No. historia		
1. DATOS DEMOGRÁFICOS									
Datos del paciente									
Nombres y apellidos			Edad		Sexo		Documento de identidad		
Lugar y fecha de nacimiento					Dirección de residencia				
Estrato		No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular				
Nivel de escolaridad		Ocupación			Institución educativa				
Remitido por			Entidad (EPS/ARS)			Tipo de afiliación			
2. DATOS DEL ACUDIENTE- contacto de emergencia									
Nombres y apellidos			Parentesco			Edad		Estado civil	

Dirección de residencia	No. Teléfono residencia	No. Teléfono celular
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE		
Motivo de consulta		
Observación general del paciente (Examen mental)		
Aspectos relacionados con el motivo de consulta		
Historial de la situación		

Intentos previos para solucionarlo
Percepción de la situación desde el/la paciente
Redes de apoyo del/la paciente

ASPECTOS FAMILIARES

Familiograma

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación con el paciente

Observaciones generales del ambiente familiar					
4. ÁREA PERSONAL					
5. HISTORIA ACADÉMICA					

6. ÁREA SOCIAL
7. HISTORIAL LABORAL
8. ANTECEDENTES PERSONALES

[Empty space for notes or observations]

9. RELACIONES DE PAREJA

[Empty space for notes or observations]

10. CONDUCTAS DE RIESGO

[Empty space for notes or observations]

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DSM 5 Y CIE-10)

Empty space for diagnostic impression.

12. PLAN DE TRATAMIENTO

Empty space for treatment plan.

13. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

Fecha	Hora	Seguimiento

Nombre del profesional	
Tarjeta profesional	
Firma	

Anexo 4. Escala de Depresión de Beck

Identificación Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- | | |
|----|---|
| 1. | <input type="radio"/> No me siento triste.
<input type="radio"/> Me siento triste.
<input type="radio"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
<input type="radio"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. |
| 2. | <input type="radio"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro.
<input type="radio"/> Siento que no tengo que esperar nada.
<input type="radio"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| 3. | <input type="radio"/> No me siento fracasado.
<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
<input type="radio"/> Me siento una persona totalmente fracasada. |
| 4. | <input type="radio"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes.
<input type="radio"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.
<input type="radio"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
<input type="radio"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo. |
| 5. | <input type="radio"/> No me siento especialmente culpable.
<input type="radio"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones.
<input type="radio"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
<input type="radio"/> Me siento culpable constantemente. |
| 6. | <input type="radio"/> No creo que esté siendo castigado.
<input type="radio"/> Me siento como si fuese a ser castigado.
<input type="radio"/> Espero ser castigado.
<input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado. |
| 7. | <input type="radio"/> No estoy decepcionado de mí mismo.
<input type="radio"/> Estoy decepcionado de mí mismo.
<input type="radio"/> Me da vergüenza de mí mismo.
<input type="radio"/> Me detesto. |

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

<p>15. <input type="radio"/> Trabajo igual que antes. <input type="radio"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. <input type="radio"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo. <input type="radio"/> No puedo hacer nada en absoluto.</p> <p>16. <input type="radio"/> Duermo tan bien como siempre. <input type="radio"/> No duermo tan bien como antes. <input type="radio"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. <input type="radio"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p> <p>17. <input type="radio"/> No me siento más cansado de lo normal. <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes. <input type="radio"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa. <input type="radio"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p> <p>18. <input type="radio"/> Mi apetito no ha disminuido. <input type="radio"/> No tengo tan buen apetito como antes. <input type="radio"/> Ahora tengo mucho menos apetito. <input type="radio"/> He perdido completamente el apetito.</p> <p>19. <input type="radio"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. <input type="radio"/> He perdido más de 2 kilos y medio. <input type="radio"/> He perdido más de 4 kilos. <input type="radio"/> He perdido más de 7 kilos.</p> <p style="text-align: center;">Estoy a dieta para adelgazar: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p> <p>20. <input type="radio"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. <input type="radio"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. <input type="radio"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p> <p>21. <input type="radio"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo <input type="radio"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo</p>

TOTAL:

Identificación Fecha

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

2.- Deseo de morir.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

- Las razones para vivir son superiores a las de morir
 Iguales
 Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

- Moderado a intenso Débil Ninguno

5.- Intento pasivo de suicidio.

- Tomaría precauciones para salvar su vida
 Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada)
 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.**6.- Dimensión temporal: duración.**

- Breve, periodos pasajeros
- Periodos más largos
- Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

- Rara, ocasional
- Intermitente
- Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

- Rechazo
- Ambivalencia, indiferencia
- Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control
- No tiene seguridad de control
- No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- Los factores disuasorios tienen cierta influencia
- Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

11.- Razones del proyecto de intento.

- Manipular el medio, atraer atención, venganza
- Combinación de ambos
- Escapar, acabar, resolver problemas

Identificación Fecha

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

- No los ha considerado
- Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

- Método no disponible; no hay oportunidad
- El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible
- Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguro de su coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

- No
- Incierto, no seguro
- Sí

Identificación Fecha

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.**16.- Preparación real.**

- Ninguna
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- No escribió ninguna nota
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- Ninguno
- Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- Reveló estas ideas abiertamente
- Fue reacio a revelarlas
- Intentó engañar, encubrir, mentir

Identificación Fecha

V.- FACTORES DE FONDO.**20.- Intentos previos de suicidio.**

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- Baja
- Moderada; ambivalente, insegura
- Alta

Puntuación total: *Actitud ante la vida/muerte:* *Pensamientos/deseos suicidas:* *Proyecto de intento:* *Intento proyectado:* *Factores disuasorios:*

Anexo 6. Escala de Observación de Recompensa ambiental EROS

Behavioral Activation for Depression Scale : BADS (Kanter et al., 2007. Adaptación al español de Barraca, Pérez-Álvarez y Lozano-Bleda, 2011)

Por favor, lea con atención cada frase y rodee con un círculo el número que mejor refleje su situación durante la pasada semana, incluyendo el día de hoy.

	Nada en absoluto						Completamente cierto							
1. Me quedé en la cama demasiado tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
2. Había ciertas cosas que tenía que hacer y que no hice.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
3. Estoy contento por el tipo y la cantidad de cosas que hice.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
4. Me comprometí con una amplia y variada cantidad de actividades ..	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
5. Acerté en mis decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que me metí.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
6. No paré, pero no cumplí con ninguna de las metas que me había puesto para cada día.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
7. Me moví y cumplí las metas que me había fijado.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
8. La mayor parte de lo que hice fue para escaparme o evitar lo que me fastidiaba.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
9. Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
10. Traté de no pensar en ciertas cosas.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
11. Hice cosas incluso a pesar de lo que costaba hacerlas porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
12. Llevé a cabo una tarea ardua pero que merecía la pena.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
13. Perdí mucho tiempo dando vueltas a mis problemas.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
14. Pasé tiempo tratando de encontrar algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
15. Con frecuencia perdí tiempo pensando en mi pasado, en gente que me había herido, en errores que había cometido, y en lo malo de mi vida.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
16. No vi a ninguno de mis amigos.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
17. Estuve encerrado en mí mismo y callado, incluso entre gente a la que conozco bien.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
18. No estuve nada sociable, a pesar de las oportunidades que tuve.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
19. Ahuyenté a la gente con mi negatividad.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
20. Hice cosas para aislarme del resto de la gente.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
21. Robé tiempo a las clases / al trabajo / sencillamente porque estaba muy cansado o no me sentía con ganas de ir.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
22. Mi trabajo / deberes / obligaciones / responsabilidades se resintieron porque me faltó la energía que necesitaba.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
23. Organicé mis actividades diarias.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
24. Me ocupé sólo de actividades que me distrajeran lo bastante como para no sentirme mal.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
25. Me empecé a encontrar mal cuando otros de alrededor hablaron de sentimientos y experiencias negativos.....	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 7. Escala de Activación Conductual para la Depresión BADS

Environmental Reward Observation Scale: EROS (Armento y Hopko, 2007. Adaptación al español de Barraca y Pérez-Álvarez, 2010).

Valore en qué grado son aplicables a usted las siguientes diez frases. Tenga en cuenta la escala que está sobre las frases para elegir su respuesta.

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables.....	1	2	3	4	
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz	1	2	3	4	
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo	1	2	3	4	
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida	1	2	3	4	
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas	1	2	3	4	
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban.....	1	2	3	4	
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen.....	1	2	3	4	
8. Estoy satisfecho con mis logros	1	2	3	4	
9. Mi vida es aburrida	1	2	3	4	
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	1	2	3	4	