

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN UNA  
CONSULTANTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO CON  
ANSIEDAD LEVE.**

**KATERINE JULIETH SANABRIA PICO**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
BUCARAMANGA, 2020**

***Intervención Psicológica Mediante Activación Conductual en una Consultante  
con Trastorno Depresivo Moderado con Ansiedad Leve***

***Proyecto presentado por:***

**KATERINE JULIETH SANABRIA PICO**

***Para optar el título de especialista en psicología clínica***

***Director del proyecto:***

**LEONARDO CASTELLANOS SUAREZ**

**Magíster en Psicoterapia**

**Especialista en Psicología Clínica**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**BUCARAMANGA, 2020**

## Dedicatoria

*Dedico este logro profesional a Dios principalmente por guiarme, por darme la fuerza, la fortaleza, la sabiduría, la inteligencia, la paciencia, la perseverancia y el amor, para ejercer mi profesión y para realizar este proceso de formación académica.*

*A mis padres por el apoyo incondicional día tras día, por su dedicación, amor y entrega para formarme con valores y principios que me han permitido fortalecer mi crecimiento personal y profesional, por sonreír con mis logros y darme fortaleza para continuar.*

*A mis hermanos por su cariño, por sus palabras de apoyo, por su comprensión y por acompañarme este transitar por la vida.*

*A mí, por demostrarme que con constancia, entrega, amor y dedicación puedo alcanzar cada una de las metas que me proponga.*

## **Agradecimientos**

A la Universidad Pontificia Bolivariana, a cada uno de los docentes que con su dedicación y entrega impartieron su conocimiento para contribuir en mi proceso de formación.

Al personal administrativo de los centro de proyección social de la UPB, por la calidez y apoyo recibido.

A la Doctora Fabiola Mantilla, por su constante y desinteresado apoyo, por la confianza y el cariño, por motivarme y acompañarme en cada una de las etapas de mi formación profesional y personal.

A mis tios Evelia y Pablo, a mis amigas más cercanas por acompañarme y disfrutar de mis logros.

## Tabla de Contenido

<b>Dedicatoria</b> .....	3
<b>Agradecimientos</b> .....	4
<b>Tabla de Contenido</b> .....	5
<b>Lista de tablas</b> .....	6
<b>Lista de Figuras</b> .....	6
<b>Lista de Anexos</b> .....	6
<b>Resumen General de Trabajo de Grado</b> .....	7
<b>General Summary Of Work Of Grade</b> .....	8
<b>Introducción</b> .....	9
<b>Objetivo General.</b> .....	18
<b>Método</b> .....	19
<b>Participante.</b> .....	19
<b>Instrumentos.</b> .....	22
<b>Instrumentos de Evaluación</b> .....	24
<b>Procedimiento.</b> .....	26
<b>Fases de intervención</b> .....	26
<b>Resultados.</b> .....	29
<b>Modelo contextual de la depresión.</b> .....	36
<b>Discusión.</b> .....	38
<b>Conclusiones.</b> .....	43
<b>Referencias</b> .....	44
<b>Anexos.</b> .....	49

### Lista de tablas

Tabla 1 Descripción familiar.....	20
-----------------------------------	----

### Lista de Figuras

Figura 1 Resultados pre y post intervención del inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II).....	29
Figura 2 Resultados pre y post intervención del inventario de Ansiedad de Beck (BAI). .....	30
Figura 3 Resultados pre y post intervención BADS - Behavioral Activation for Depression Scale .....	31
Figura 4 Resultados pre y post intervención Reward – probability index: RPI .....	32
Figura 5 Resultados pre y post intervención Environmental Reward Observation Scale: EROS .....	33
Figura 6 Registro de actividades durante cinco semanas de intervención.....	34
Figura 7 Modelo contextualización de la depresión .....	37

### Lista de Anexos

Anexo 1 Entrevista Conductual Llavona, Carrasco y Carrasco (1977).....	49
Anexo 2 Consentimiento Informado.....	51
Anexo 3 Alcance del proceso de atención psicológico de la IPS.....	53
Anexo 4 Historia clínica Adulto.....	54
Anexo 5 Inventario de Depresión de Beck II (BDI - II).....	55
Anexo 6 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	59
Anexo 7 BADS - Behavioral Activation for Depression Scale.....	60
Anexo 8 Reward – probability index: RPI .....	61
Anexo 9 Environmental Reward Observation Scale: EROS.....	62
Anexo 10 Descripción del proceso de intervención.....	63
Anexo 11 Autoregistro de actividades diarias semana 2.....	75
Anexo 12 Autoregistro de actividades diarias semana 3.....	76
Anexo 13 Autoregistro de actividades diarias semana 4.....	77
Anexo 14 Autoregistro de actividades diarias semana 5.....	78
Anexo 15 Autoregistro de actividades diarias semana 6.....	79

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN UNA CONSULTANTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO CON ANSIEDAD LEVE.

**AUTOR(ES):** Katerine Julieth Sanabria Pico

**PROGRAMA:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Leonardo Castellanos Suarez

**RESUMEN**

El presente estudio expone el proceso de evaluación e intervención en una consultante de 30 años de edad, con trastorno depresivo moderado con ansiedad leve, desarrollado en 9 sesiones desde el enfoque cognitivo conductual, con énfasis en Activación Conductual. En la evaluación, se utilizó la entrevista conductual, las escalas *Behavioral Activation for Depression BADS*, *Environmental Reward Observation EROS* y *Reward Probability Index RPI*, y los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. En el tratamiento se implementaron técnicas de relajación, psicoeducación, monitoreo y programación de actividades, solución de problemas, y prestar atención a la experiencia sensorial. Finalmente la consultante disminuyó la intensidad y frecuencia de los estados depresivos y ansiosos, reintegrándose a actividades de cuidado personal, familiar, académico y laboral.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno Depresivo Moderado, Ansiedad, Activación Conductual, Programación de actividades, Psicoeducación.

**V°B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL INTERVENTION THROUGH BEHAVIORAL ACTIVATION ON A PATIENT WITH MODERATE DEPRESSIVE DISORDER WITH MILD ANXIETY

**AUTHOR(S):** Katerine Julieth Sanabria Pico

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Leonardo Castellanos Suarez.

**ABSTRACT**

The present study exhibits the evaluation and intervention process in a 30-year-old consultant, with moderate depressive disorders with mild anxiety, developed in 9 sessions from the behavioral cognitive approach, with emphasis in behavioral activation in the evaluation, the behavioral interview was used, the Behavioral Activation for Depression (BADSD) scale, Environment Reward Observation (EROS) and Reward Probability Index (RPI) scale and the inventories of Depression and Anxiety of Beck. In the treatment, techniques like relaxation, psychoeducation, monitoring and programing of activities, troubleshooting and pay attention to sensory experience. Finally, the consultant decreased the intensity and frequency of depressive and eagerness states, reinstating to personal, family academic and labor care activities.

**KEYWORDS:**

Moderate depressive transtorn, anxiety, behavioral activation,  
programing of activities, psychoeducation.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**



## Introducción

Los trastornos mentales en Colombia, según datos epidemiológicos del estudio Nacional de Salud Mental en 2003 indicaron que el 40,1% de los habitantes en edades comprendidas entre los 18 y 65 años padecen o padecerán un trastorno mental, datos reafirmados en 2015 por la Encuesta Nacional de Salud Mental al afirmar que de cada 100 adultos 10 en edades de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes presentan complicaciones a nivel de enfermedad mental (Rojas, Castaño y Restrepo, 2018).

Posada, Aguilar, Magana y Gómez (como se citó en Narváez y Aguirre, 2016), afirman que las fobias específicas son uno de los trastornos mentales prevalentes en la población Colombiana, seguidos de los trastornos depresivos, el de ansiedad por separación y finalmente el de abuso de alcohol, según los datos estadísticos obtenidos en el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003, por lo cual, se evidencia la importancia del abordaje profesional para las personas en estas condiciones.

Teniendo en cuenta la importancia del acompañamiento psicológico para la evolución y mejoría de la calidad de vida de las personas con alteraciones emocionales, en el Instituto de Familia Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga se realizan prácticas profesionales con énfasis clínico, brindando atención en terapia familiar, individual o de pareja, a la población de estrato socioeconómico 1, 2 y 3, con el objetivo de brindar bienestar emocional y mental a cada una de las personas que asisten a recibir la atención (Quintero, 2018).

Por lo tanto, el presente estudio de caso único, se desarrolló en el marco de la práctica profesional de la especialización en psicología clínica, en donde se seleccionó a una consultante de 30 años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo moderado con ansiedad leve, para lo cual el proceso de evaluación e intervención se realizó bajo los parámetros teóricos del enfoque cognitivo conductual, con énfasis en terapias de tercera generación específicamente Activación Conductual (AC).

Al respecto, para la Organización Mundial de la Salud (2018), la Depresión es un trastorno mental, considerado como un problema de salud pública, teniendo en cuenta que los datos estadísticos reportan que aproximadamente 300 millones de personas en el mundo padecen este trastorno que genera un alto índice de discapacidad, afectando principalmente al género femenino.

La depresión es un trastorno que se identifica por la aparición de manifestaciones a nivel conductual evidentes en llanto, lentitud o agitación, desmotivación, así como en el mantenimiento de conductas evitativas en las diversas áreas de interacción, en la esfera cognitiva afecta la concentración, la memoria, aparecen pensamientos asociados a valoraciones negativas, rumiaciones, creencias irracionales, que conllevan a la dificultad en la toma de decisiones y debilitan los estilos de afrontamiento, a nivel emocional se manifiesta por sentimientos de tristeza, desesperanza, culpabilidad, irritabilidad, sensación de vacío y minusvalía, finalmente en el componente somático se presenta alteración del ciclo del sueño, del apetito y del peso, cansancio, malestar físico, disminución del deseo sexual, entre otras alteraciones (Vázquez, Otero, Blanco y Torres, 2015).

De la misma manera, para Ulloa, De la Peña y Nogales (2011), el trastorno depresivo mayor, es un trastorno que afecta a los niños, a los adolescentes, a los adultos y a los adultos mayores, en donde la población presenta síntomas como estado de ánimo bajo y/o irritabilidad la mayor parte del tiempo, anhedonia, pensamientos de minusvalía y sentimientos de desesperanza; sintomatología que afecta el correcto funcionamiento psicosocial.

Además, la depresión es comprendida desde el enfoque clínico, como un trastorno con componentes afectivos, cognitivos y comportamentales, mientras que desde una mirada conductual, es definida como una consecuencia de la ausencia de reforzadores o la no contingencia entre conducta y refuerzo y finalmente desde la teoría cognitiva, la depresión es interpretada como el resultado erróneo en el procesamiento de la información de la realidad del individuo (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2010).

Así mismo, para Sarason & Sarason (2006). La ansiedad es definida como un sentimiento de miedo desagradable, es una respuesta anticipada a una posible amenaza, que genera en la persona un estado significativo de preocupación por las posibles consecuencias, además, se acompaña de reacciones fisiológicas como: aumento del ritmo cardíaco, de la respiración, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareos, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimiento, además las personas con trastornos de ansiedad, continuamente presentan pensamientos intrusivos relativos a preocupaciones relacionadas con acontecimientos y posibles consecuencias futuras, se presentan distorsiones cognitivas catastróficas, sobregeneralizaciones y conclusiones precipitadas.

A partir de lo anterior, González, Ángel y Avendaño (2011), en estudios realizados sobre la comorbilidad de estas dos patologías, consideran que la ansiedad se anticipa a la depresión en gran parte de los casos, por lo cual afirman que la ansiedad generalmente conlleva a la aparición de episodios depresivos. Por su parte Beck (como se citó en González, Ángel y Avendaño Prieto, 2011) afirma que en los dos trastornos se presentan contenidos y distorsiones que los delimitan, por una parte la ansiedad se desencadena como la anticipación de una amenaza, mientras que la depresión es percibida como desprotección, pérdida y minusvalía.

Teniendo en cuenta lo anterior, un enfoque con avances significativos en el tratamiento de estas patologías es la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual incluye el reconocimiento de las emociones, la relación de éstas con la conducta y la resignificación cognitiva, así como las intervenciones conductuales dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas, lo que permite la disminución o control de la sintomatología (Ulloa, De la Peña y Nogales, 2011)

Según Hernández (2013) la terapia cognitivo conductual es una de las más utilizadas en la intervención terapéutica a lo largo de la historia de la psicología. Aaron Beck y Albert Ellis son dos de los principales representantes, cuyos aportes se enfocan en la Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual (Minichi, Rivadeneira y Dahab, 2010).

Con relación, a la terapia cognitiva de Beck esta puede incluir, además, intervenciones orientadas conductualmente denominadas «activación conductual», en donde el objetivo es poner cara a cara al paciente con las condiciones que pudieran estar manteniendo el trastorno. Trata de "poner a

funcionar" o, como sugiere su propio nombre, "activar" a la persona a pesar de estar (todavía) deprimida, como paso para dejar de estarlo. (Puerta y Padilla, 2011, p. 254)

La idea central de la terapia cognitivo conductual, es la realización de un completo proceso de evaluación de los problemas y síntomas del consultante, los cuales permiten en primera etapa la formulación de hipótesis explicativas del problema, facilitando la formulación del plan terapéutico de acuerdo a los resultados obtenidos; la segunda etapa está dirigida a la intervención por medio del empleo de técnicas, enfocadas al cumplimiento de los objetivos formulados y finalmente en la tercera etapa se realiza la evaluación de los resultados del proceso terapéutico, para conocer los avances y realizar ajustes necesarios para lograr el mantenimiento de los resultados (Minichi, Rivadeneira y Dahab, 2010).

Para el enfoque cognitivo conductual algunos componentes relacionados con la depresión son la presencia de factores estresores vitales que desencadenan la alteración de los patrones de reforzamiento a nivel conductual, además de los pensamientos de corte negativo acerca de sí mismo y del mundo, los cuales se activan ante diferentes situaciones desatando los estados de ánimo depresivos (Carrasco, 2017).

En vista de la evolución que ha presentado la ciencia psicológica, se ha dado el avance para el establecimiento de las terapias de tercera generación o también conocidas como contextuales (Bianchi y Henao, 2015). Esto a su vez dio paso a la Activación Conductual (AC), una de las terapias más utilizadas en la actualidad, para el abordaje de la depresión, a través de la estructura metodológica basada en

programación de actividades enfocadas al alcance de los objetivos de vida del sujeto, el reforzamiento de conductas que faciliten el contacto social, la reintegración a las funciones cotidianas de la persona, lo cual se promueve por medio de la programación diaria de actividades, la resolución de problemas, el manejo de pensamientos rumiativos y el control de las conductas evitativas (Barraca, 2010).

Según Ferster (como se citó en Bianchi y Muñoz, 2014), las conductas depresivas se manifiestan por la disminución en la frecuencia de conductas relacionadas con las demandas del entorno, así como en el aumento de comportamientos de evitación y de escape que cumplen una función, por lo cual se deben seleccionar estrategias enfocadas al cambio de las funciones evitativas, con el propósito de incrementar actividades que generen consecuencias reforzantes positivas.

Es por esto que para Pérez (2007) la Activación Conductual es una de las terapias más eficaces para el tratamiento de la depresión, en donde está es comprendida en términos contextuales, por lo cual el objetivo se centra en ayudar a las personas deprimidas a reintegrarse a la vida, por medio del aumento de reforzadores positivos provenientes del ambiente.

La AC se construye sobre los cimientos del trabajo de cuatro importantes pioneros: Charles B. Ferster, Peter M. Lewinsohn, Lynn P. Rehm y Aaron T. Beck. Mientras que Ferster se centraba en la teoría que subyace al análisis conductual de la depresión, Lewinsohn profundizaba en la teoría y desarrollaba métodos de tratamiento conductual aplicables a la depresión, Rehm hacía hincapié en la importancia del refuerzo en el tratamiento de la depresión, y Beck hacía posible que la activación conductual estuviera disponible para un público

clínico cada vez más numeroso, incluyéndola como una parte esencial de la TC para la depresión. (Martell, Dimidjian y Herman, 2010, p. 22)

Dicho lo anterior, para Barraca (2016) la Activación Conductual está compuesta por un abordaje estructurado, paulatino para su aplicación, con fundamentos teóricos de bases sólidas, evidencia empírica de los avances obtenidos en el tratamiento de los trastornos depresivos. Del mismo modo la AC es considerada una terapia de corte breve, de carácter individual, en donde su objetivo principal es enseñar a la persona a estar activo a pesar de los cambios emocionales o estado de ánimo presente, esto en concordancia con los intereses, objetivos de vida y valores de la persona, debido a que se debe generar el aumento de interacciones positivas, con el fin de obtener reforzadores positivos que permitan la disminución de conductas depresivas (García, 2018).

Adicionalmente, la Activación Conductual es un proceso terapéutico, en el que se orienta al paciente para establecer un entorno en el cual se faciliten contingencias reforzantes, para alcanzar el incremento de las conductas, que le permitan modificar comportamientos enfocados a mejorar la calidad de vida, así como los pensamientos rumiativos y a su vez el estado de ánimo (Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz, 2017).

Considerando lo anterior, algunas de las técnicas utilizadas en la AC, tienen su origen en la terapia de modificación de la conducta, lo que afianza la eficacia y facilita su aplicación; estas técnicas se clasifican en programación y estructuración de actividades, la solución de problemas, el reforzamiento positivo, el entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias que facilitan el contacto directo con la experiencia lo que permite el alcance del objetivo de la terapia (Barraca, 2016).

Para Barlow (2018) “a diferencia de los tratamientos dirigidos por protocolos, la Activación Conductual es dirigida por la teoría y, como tal, su aplicación es altamente idiográfica” (p. 358). A partir de lo anterior considera que a pesar de que la estructura del tratamiento no requiere de un formato guía de sesión a sesión, este sí se basa en actividades enfocadas a la orientación, al desarrollo de metas, a la clarificación de actividades y objetivos de la persona, así como a la planeación de las estrategias de activación orientadas a la motivación y solución de problemas presentes (Barlow, 2018).

De igual modo, Martell, Dimidjian y Herman (2010) consideran que las intervenciones en AC no siguen una estructura específica sesión tras sesión y existe variación en el abordaje entre un consultante y otro, sin embargo hay una estructura global que incluye la verificación del progreso de la persona a partir de la última sesión, la elaboración de una agenda, la orientación para la comprensión del proceso, la retroalimentación y finalmente la asignación de tareas, esto con el propósito de mantener la acción en la activación y en la resolución de problemas, para alcanzar la evolución planteada.

Es por esto que “la AC buscaría ayudar a las personas a comprender las fuentes ambientales de su depresión y localizar aquellas conductas que están manteniendo o empeorando la depresión” (Barraca, 2016, p.18). Así, por ejemplo, el estilo y la actitud del terapeuta adquiere un rol importante para alcanzar esta meta, de la misma manera que los principios fundamentales que rigen esta terapia, los cuales se enfocan a promover la activación conductual (Martell, Dimidjian y Herman, 2010).



En conclusión, la AC es una terapia de tercera generación, validada empíricamente con eficientes resultados en el abordaje de la depresión, es flexible, estructurada, se enfoca en las necesidades principales y únicas de la persona para promover la activación y de esta manera modificar el patrón de evitación experiencial (Becerra, Reynoso, Bravo y Ordaz, 2017). Es por esto, que se selecciono este tipo de tarapia para realizar el proceso de intervención, en la consultante con diagnóstico de trastorno depresivo moderado con ansiedad leve, debido a las características de las problemáticas presentes en el caso.

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

Desarrollar un proceso de evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual con énfasis en activación conductual en un caso único de trastorno depresivo moderado con ansiedad leve.

### **Objetivos Específicos.**

Definir un plan de evaluación psicológica que permita la identificación de los problemas presentes en la consultante.

Establecer un proceso de intervención desde la terapia de activación conductual que contribuya a la disminución de conductas depresivas.

Evaluar los resultados alcanzados en el proceso de intervención psicológica del caso abordado.

## Método

### Participante.

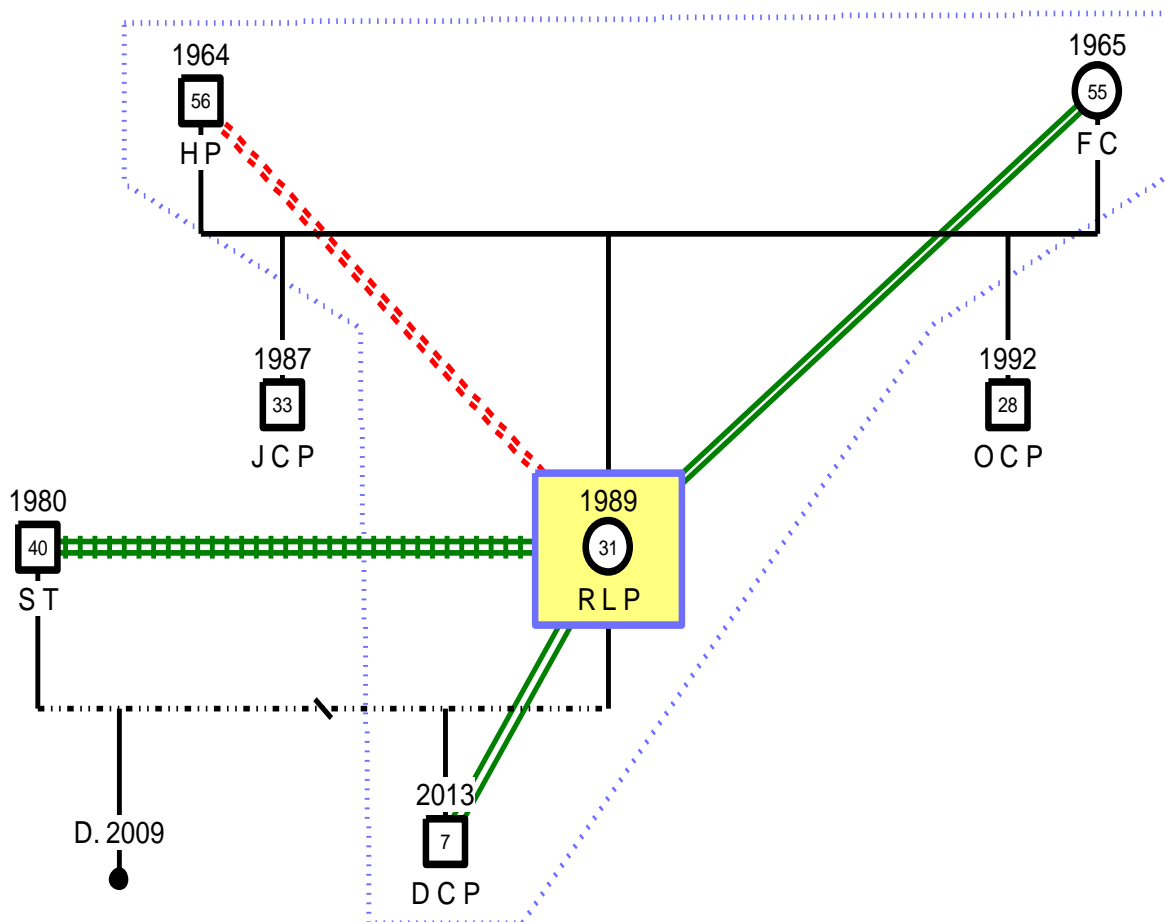
Estudio de caso único, consultante de 30 años de edad, sexo femenino, con formación académica técnico laboral, se desempeña laboralmente como conductora para una plataforma de transporte público, soltera, proviene de familia nuclear, es la segunda de tres hijos, es madre de un hijo de seis años de edad, actualmente vive en la ciudad de Bucaramanga, con sus padres y su hijo, a nivel relacional con la madre e hijo la relación es cercana – positiva, con el padre distante y en ocasiones conflictiva.

Acude de manera voluntaria al Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, para solicitar atención psicológica manifestando como motivo de consulta “Decidí solicitar esta atención porque he estado mal, hace 15 días estuve hospitalizada por agitación, tengo depresión y ansiedad, estoy medicada pero me siento igual”. Como antecedentes de la consultante se destacan: en el área personal diagnóstico por parte de psiquiatría de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y Trastorno de ansiedad, no especificado de un año de evolución, además de una prescripción farmacológica de sertralina 1 tableta cada día y Clozapina ¼ tableta cada noche, medicación que es ingerida de forma irregular, especialmente la Clozapina, a nivel médico cefalea tensional y enfermedad de coagulación sanguínea, no se reportan antecedentes quirúrgicos.

A nivel psicológico menciona atención individual en la entidad prestadora de servicios de salud, (dos únicas sesiones), sin continuidad por dificultad para asignación de citas. Como antecedentes ocupacionales la consultante se ha desempeñado como higienista oral por cerca de tres años, en dos instituciones prestadoras de servicios de

salud. Finalmente niega antecedentes psicológicos o psiquiátricos a nivel familiar, el ámbito social es reducido.

### Familiograma.



Nombre y apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación
H.P	Padre	55 años	Primaria	Conductor	Distante/conflictiva
F.C	Madre	54 años	Bachiller	Hogar	Cercana/positiva
D.C.P	Hijo	6 años	Primaria	Estudiante	Cercana/positiva

*Tabla 1 descripción familiar muestra la descripción del núcleo familiar de la consultante, el parentesco, la edad, la escolaridad y la ocupación de cada miembro, así como la relación existente entre la usuaria y cada familiar.*

## **Historia del Problema.**

Consultante nacida en el municipio de Bucaramanga, Santander en el año 1989, proveniente de familia nuclear, quien en la etapa de edad infantil convivió con padres y familia extensa, como consecuencia de lo anterior en la edad de 8 y 9 años, fue víctima de tocamientos por algunos familiares entre ellos tíos y primos, crece con idea de ser rechazada por parte de sus padres, patrones de crianza autoritarios especialmente por parte de su padre, además de vivenciar situaciones de violencia intrafamiliar. En la adolescencia presentó comportamientos desafiantes hacia sus padres, además de un inicio temprano de consumo de alcohol y cigarrillo a los 15 años de edad, lo que generó dificultades académicas y aumento de las problemáticas intrafamiliares.

A sus 16 años decide abandonar su hogar y establece convivencia con una pareja, producto de esta relación hace 10 años (2009) en su primer estado de gestación presentó aborto espontáneo, posteriormente de este evento menciona la aparición de episodios depresivos asociados a la pérdida de su hija, para lo cual no recibió acompañamiento terapéutico. Cuatro años posteriores, en estado de gestación, fue víctima de violencia psicológica, física y estados de abandono por parte de familiares, motivo por el cual decide distanciarse de ellos, seguido de esto, en periodo de puerperio presentó signos de depresión post parto, según diagnóstico de médico tratante.

Finalmente hace un año en (2018) empezó a presentar movimientos involuntarios en cabeza y brazos, acompañado de pérdida del equilibrio lo que desencadenaba caídas constantes, cefaleas intensas, mareos, llanto constante, tristeza, angustia, dificultad para respirar, aumento de ritmo cardiaco y pérdida de

concentración, fue valorada por neurología en donde tiempo después de la realización de varios exámenes como ayuda diagnóstica, no se evidenció causas neurológicas de reacciones presentes, por lo cual remite a valoración por psiquiatría en donde es diagnosticada con trastorno de ansiedad, no especificado y Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, desde ese momento recibe tratamiento farmacológico inicialmente con Fluoxetina de 20 mg una tableta cada día y Clonazepam gotas cada noche, sin embargo en los primeros días del mes de Octubre de 2019, presentó recaída manifiesta por alteración emocional significativa, agitación psicomotora y estados de agresividad, por lo cual fue hospitalizada en centro psiquiátrico de la ciudad, por un tiempo de 4 días, en donde le realizaron ajuste en medicación a Sertralina 1 tableta cada día y Clozapina  $\frac{1}{4}$ , las cuales en el momento del proceso de intervención la usuaria ingería de forma irregular aludiendo que no observa beneficios.

Al egresar de mencionada hospitalización solicita acompañamiento terapéutico en el Instituto de Familia y Vida, debido a la persistencia de estado de ánimo triste, sensación de vacío, llanto fácil, disminución del placer, aislamiento, hipersomnias, desmotivación, pérdida de concentración y de la energía, así mismo nerviosismo, inquietud y miedo a perder el control, motivo por el cual permanecía la mayor parte del día en su habitación, lo que afectó su funcionalidad a nivel laboral, familiar y académico.

### **Instrumentos.**

#### **Entrevista Conductual**

Se utilizó el modelo en entrevista conductual de Llavona, Carrasco y Carrasco (como se citó en Cruzado, Muñoz y Labrador, 2001), con el propósito de recolectar

datos iniciales para el proceso de evaluación psicológica, a través de la delimitación, la importancia, los parámetros y los determinantes de la conducta problema de la consultante, de la misma manera se tuvo en cuenta aspectos relacionados con las actitudes del terapeuta tales como escucha activa, empatía y cordialidad, así como los patrones de comunicación verbal y no verbal que permitieron complementar el desarrollo de la entrevista clínica (ver anexo 1).

### **Consentimiento Informado.**

Consentimiento informado para mayores de edad (formato PS-FO-154) estandarizado en el IFV, el cual se diligenció en el primer encuentro terapéutico, seguidamente de informar a la consultante sobre el proceso del tratamiento a recibir, aspectos de confidencialidad, beneficios de la atención, derechos y deberes para garantizar una adecuada atención (ver anexo 2).

### **Alcance del proceso de atención psicológico de la IPS.**

Consentimiento informado (formato PS-FO-197), formato que se diligencia en primera atención explicando los alcances del proceso de atención (ver anexo 3).

### **Historia Clínica.**

Se utiliza formato PS-FO-081 institucional, donde se registra la información perteneciente al caso abordado, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la ley 1090 de 2006 (ver anexo 4).

## **Instrumentos de Evaluación.**

**Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II):** instrumento de evaluación más utilizado para detectar y evaluar los diferentes niveles de gravedad de la sintomatología depresiva, autor Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown y los autores de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández; está compuesto por 21 ítems, en donde cada uno presenta varias afirmaciones sobre un síntoma depresivo por lo cual el evaluado debe seleccionar la afirmación más característica a su condición actual para cada ítems, su aplicación requiere de un tiempo entre 5 – 10 minutos (Sanz, 2014) (ver anexo 5).

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** cuestionario de auto aplicación más utilizado para evaluar la gravedad de la sintomatología asociada a la ansiedad en los países con mayor producción científica en el área de la psicología, autor Aarón T. Beck y Robert A. Steer y autores de la adaptación española: Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández; consta de 21 ítems con tiempo estimado para aplicación de 5 – 10 minutos, en donde se evalúan los niveles de la gravedad de la sintomatología ansiosa a partir de dos factores, el somático y el de síntomas afectivo - cognitivo (Sanz, 2014) (ver anexo 6).

**BADS - Behavioral Activation for Depression Scale:** escala compuesta por 25 ítems que evalúan al sujeto en cuatro dimensiones, la primera: la activación que consiste en identificar el grado de actividad y el objetivo en el cumplimiento de las actividades planteadas, la segunda evitación/rumia permite la identificación de estados



negativos aversivos y de rumiación que impide la búsqueda de solución al problema, la tercera deterioro laboral/formativo que se refiere a las consecuencias de la inactividad o abandono en estas áreas de desarrollo y finalmente deterioro social hace referencia a las consecuencias del aislamiento del sujeto de su entorno social, autores: Kanter et al., 2007. Adaptación al español de Barraca, Pérez – Álvarez y lozano – Bleda, 2011 (Sanchez, Barraca, Mora y Reyes, 2018). Así mismo es importante mencionar que las subescalas II, III y IV en proceso de calificación de los resultados se deben puntuar de forma inversa, entre tanto la subescala I su puntuación es directa. De este modo se suman todas las puntuaciones y se interpreta de acuerdo las medidas y desviaciones típicas (Barraca y Pérez, 2015) (Ver anexo 7).

**Reward – probability index: RPI:** escala compuesta por 20 ítems que permiten medir el acceso a la recompensa proveniente del ambiente, por medio de dos factores: la probabilidad de recompensa entendida como la capacidad que desarrolla el individuo para obtener refuerzos positivos a través de comportamientos instrumentales y los supresores ambientales son comprendidos como la presencia de estímulos aversivos, lo que permite la comprensión de la etiología de la depresión y su correlación con las conductas manifiestas en el sujeto, autores: Carvalho et al., 2011. Traducción al español de Barraca y Pérez – Álvarez, 2015 (Carvalho, Gawrysiak, Hellmuth, McNulty, Magidson, Lejuez y Hopko, 2011) (ver anexo 8).

**Environmental Reward Observation Scale: EROS:** escala compuesta por 10 afirmaciones que se orientan a medir la percepción o noción de refuerzo medioambiental, es decir el grado de recompensa que aporta el entorno, así como el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de vivir

experiencias reforzantes del entorno, autores: Armento y Hopko, 2007. Adaptación al español de Barraca y Pérez – Álvarez, 2010 (Valderrama, Bianchi y Villalba, 2016) (ver anexo 9).

### **Procedimiento.**

El proceso de intervención terapéutico se desarrolló en tres fases que se describirán posteriormente, con un total de nueve (9) sesiones, tiempo aproximado de 50 minutos para cada encuentro, con un intervalo de 8 días y en dos semanas consecutivas dos sesiones por semana, finalmente se realiza una última sesión vía telefónica como seguimiento, descripción del proceso de cada una de las sesiones (Anexo 10).

### **Fases de intervención**

#### **Fase I: Evaluación.**

En las primeras tres sesiones se desarrolló la fase de evaluación por medio de entrevista conductual, aplicación de escalas tales como: BADS, EROS y RPI que permitían medir el grado de activación conductual, la cantidad y disponibilidad de refuerzo que la consultante podría obtener de su entorno, así como la probabilidad de ser recompensada y por medio de los inventarios de Beck se buscó valorar la intensidad de la conducta depresiva y ansiosa para la definición de diagnóstico clínico que permitió la orientación para la elaboración de la siguiente fase.

En esta fase se realizó el diligenciamiento de consentimientos informados, apertura de historia clínica, devolución de resultados de instrumentos aplicados a la consultante, así como la conceptualización del caso desde Activación Conductual, de la

misma manera a partir de la segunda sesión se dio inicio a la técnica de programación de actividades diarias como parte de la inicial de la intervención.

### **Fase II: Intervención.**

En las cuatro sesiones siguientes se realizó proceso de intervención aplicando técnicas de Activación Conductual (AC), tales como: psicoeducación para contextualizar a la consultante respecto del abordaje a realizar, monitorización y programación de actividades diarias en área personal, familiar, laboral y académica, solución de problemas y de respuestas de evitación, técnica de relajación, prestar atención a la experiencia sensorial, planeado sesión a sesión, en donde el principal objetivo fue la activación conductual por medio de la programación y monitorización de actividades diarias, identificando reforzadores del ambiente y estrategias enfocadas a la solución de dificultades, que permitieran alcanzar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Al inicio de cada sesión se realizaba la programación de la agenda a desarrollar, siguiendo los parámetros de AC, se daba inicio con la revisión del alcance en el desarrollo de las actividades de la semana, posteriormente se reforzaba de forma positiva los alcances obtenidos y se establecían soluciones a las dificultades, seguidamente se introducía al tema principal asignado para cada sesión, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos estipulados y finalizaba la sesión con la estipulación de actividades a implementar durante la semana.

### **Objetivos de la intervención.**

Retomar actividades de cuidado básico de manera jerárquica por parte de la usuaria, con el propósito de disminuir conductas depresivas.

Reducir conductas de evitación, y estableciendo metas en relación a la clarificación de sus valores.

Disminuir estados de rumiación cognitiva presentes en la usuaria.

### **Fase III: Evaluación final.**

Para la etapa final se realizó evaluación post intervención por medio de la aplicación de pruebas psicométricas administradas en la fase inicial, con el propósito de establecer una comparación donde permitiera estadísticamente identificar los cambios en la consultante, así mismo se realizó un comparativo general en relación con el inicio del proceso terapéutico y los avances alcanzados por la consultante a través del cumplimiento de los compromisos en pro de su evolución, evidenciando mejoría en el estado de ánimo referido por la disminución de sintomatología depresiva y ansiosa, así como la reintegración a actividades cotidianas de una forma asertiva.

Finalmente se estableció contacto con la consultante vía telefónica un mes posterior del último encuentro terapéutico presencial para realizar seguimiento del caso abordado, en donde se valoró estado de ánimo, nivel de funcionalidad en el área laboral, familiar y social y se generaron estrategias enfocadas a la prevención de recaídas.

## Resultados.

Como resultados del estudio de caso único abordado desde el enfoque cognitivo conductual con énfasis en activación conductual se presentan los resultados con el análisis comparativo de las fases pre y pos intervención.

### Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II).

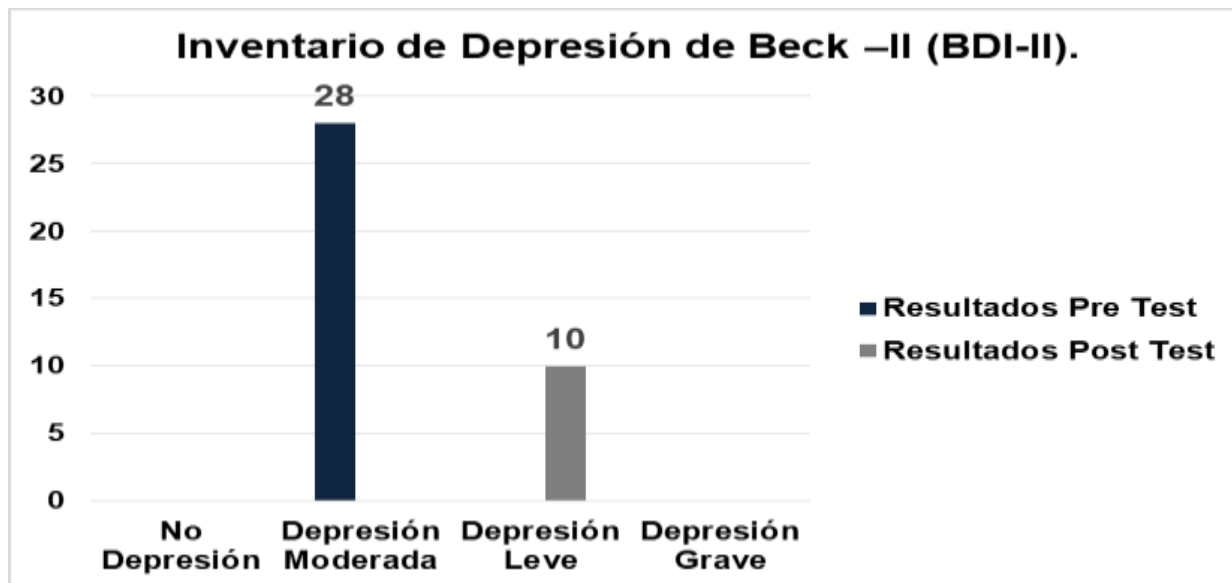
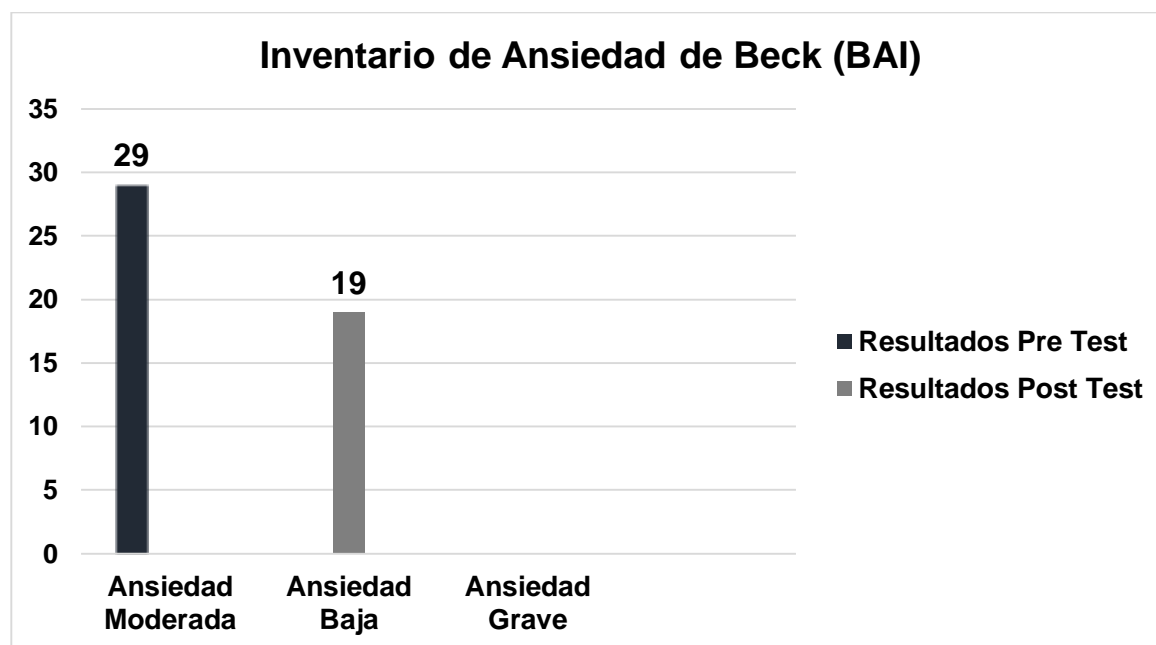


Figura 1 Resultados pre y post intervención del inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II).

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente inventario es evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, se utilizó este instrumento en el proceso de evaluación, para lo cual se realizaron dos aplicaciones distribuidas en la fase I (pre test) en la sesión tres en donde los resultados obtenidos reportaron puntuación directa de 28 puntos, lo que permitió inferir según la categoría de calificación que la consultante puntó en un nivel moderado de síntomas depresivos, posteriormente al finalizar el proceso de intervención en la fase III (post test) sesión ocho, los resultados arrojaron una puntuación directa de 10 puntos que en la clasificación permite concluir nivel leve

de síntomas depresivos, lo que permite evidenciar la disminución de signos de depresión en la consultante finalizado el proceso terapéutico.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).**



*Figura 2 Resultados pre y post intervención del inventario de Ansiedad de Beck (BAI).*

Los resultados de la aplicación del inventario de Ansiedad de Beck en las dos fases de evaluación permitió evidenciar que en contraste con la evaluación pre test, en la fase de evaluación post test la consultante obtuvo una puntuación de 19, la cual fue inferior a la obtenida en la fase de evaluación pre, por lo cual se infirió según la clasificación que la intensidad de sintomatología ansiosa en la consultante puntuó en nivel bajo, presentando una mejoría significativa en las fases comparativas.

**BADS - Behavioral Activation for Depression Scale.**

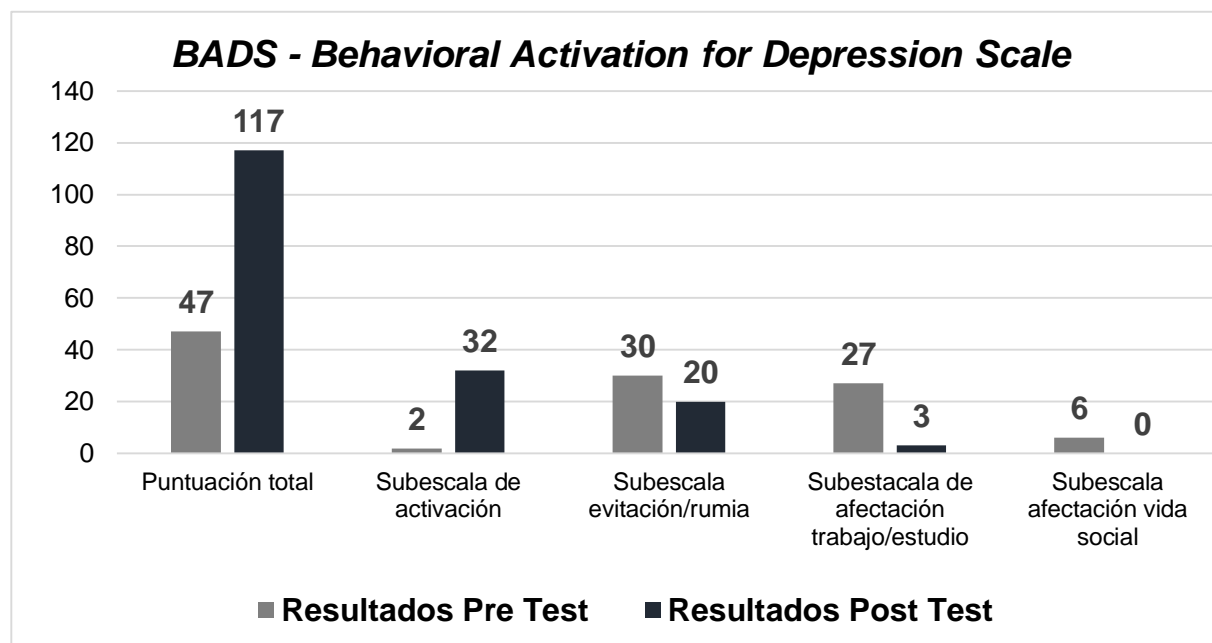
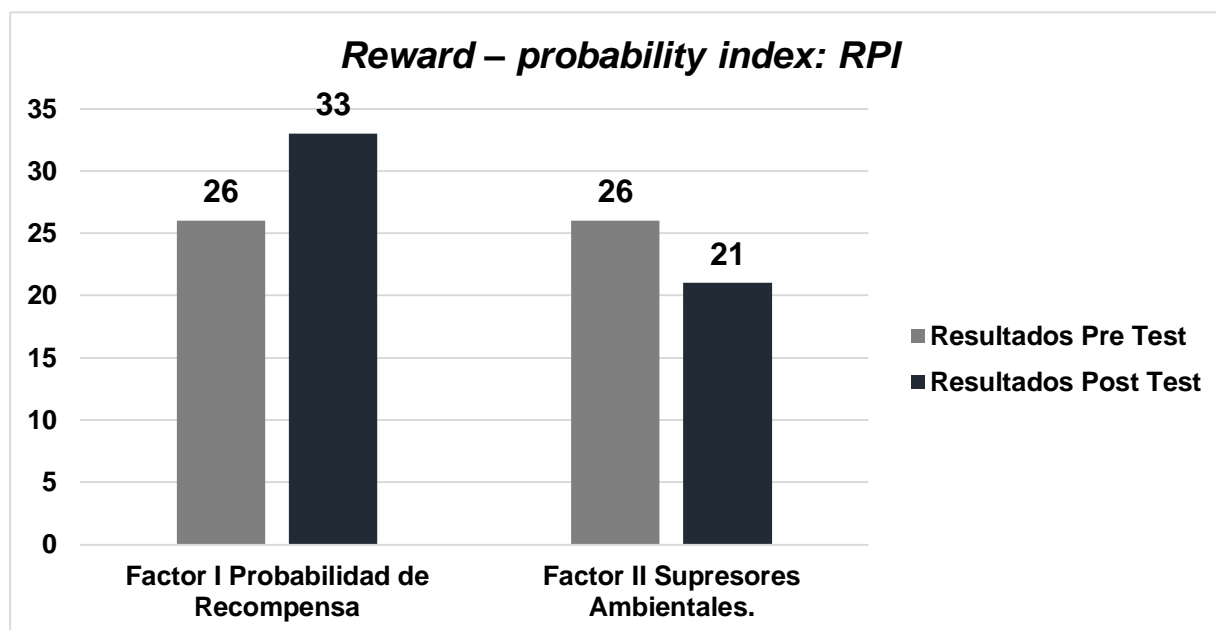


Figura 3 Resultados pre y post intervención BADS - Behavioral Activation for Depression Scale

Los resultados obtenidos en la fase post intervención en comparación con la fase pre intervención evidenciaron los cambios positivos adquiridos por la consultante en relación con la activación conductual a través de la programación diaria de actividades, debido a que se refleja aumento significativo en los valores de puntuación total en 70 puntos, de la misma manera se reflejó en la subescala de activación un aumento positivo de 30 puntos lo que indicó que la inclusión de actividades gratificantes facilitó el cumplimiento del objetivo. Por otra parte, en relación a la subescala de evitación/rumia reflejó una disminución de 10 puntos lo que se interpretó de forma positiva por la disminución de estados negativos aversivos, lo que permitió la implementación de las soluciones a los problemas, así mismo presentó mejoría en las subescalas deterioro laboral / formativo, disminución en 24 puntos y en la de afectación

vida social de 6 puntos, lo que se evidenció por la inclusión nuevamente a estos entornos.

***Reward – probability index: RPI***



*Figura 4 Resultados pre y post intervención Reward – probability index: RPI*

El objetivo de la presente escala fue evaluar la magnitud de las recompensas ambientales de la consultante durante los últimos meses, así como la probabilidad de experimentarlas, por lo cual los resultados obtenidos en las fases pre y post intervención puntuaron en rangos de normalidad lo que permitió inferir que la consultante contaba con potenciales recompensas provenientes del ambiente, lo que facilitaba las posibilidades de acceder a estímulos reforzadores.



### *Environmental Reward Observation Scale: EROS*

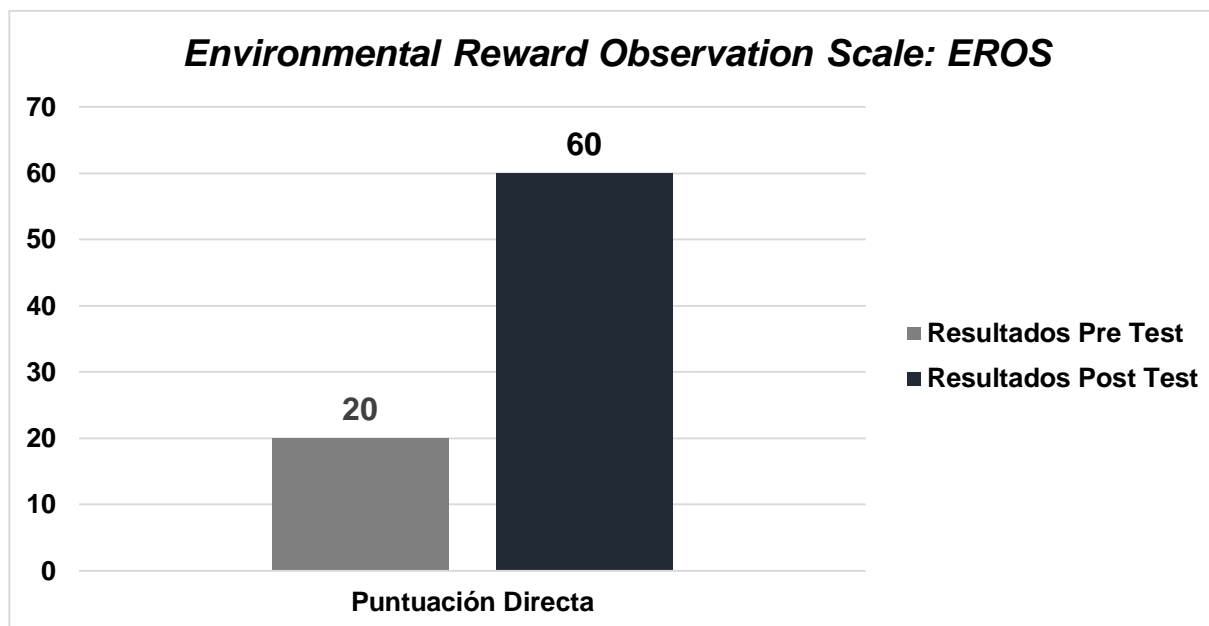
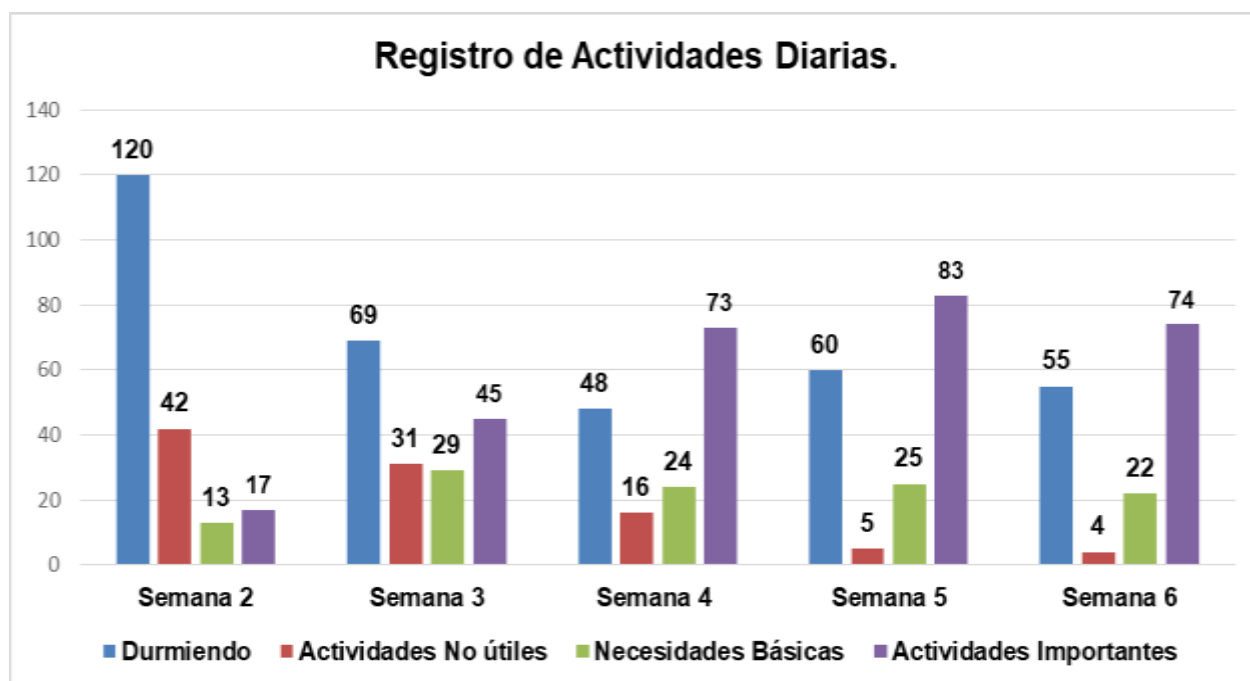


Figura 5 Resultados pre y post intervención Environmental Reward Observation Scale: EROS

Los resultados de la fase de evaluación pre test para la presente escala arrojaron una puntuación de 20 puntos, lo que permitió interpretar que la cantidad de reforzadores positivos que la consultante recibía del ambiente eran reducidos, posteriormente en los resultados de la evaluación post test se evidenció un aumento significativo de 40 puntos lo que permitió confirmar el aumento en la cantidad de reforzadores positivos provenientes del ambiente, por lo cual el grado de recompensa fue alto, lo que incrementó la conducta y facilitó la presencia de estados anímicos positivos, manifiestos por la disminución de estados depresivos.

## Registro de Actividades Diarias.



*Figura 6 Registro de actividades durante cinco semanas de intervención.*

En la anterior figura se presenta el registro por semana de la clasificación de actividades realizadas por la consultante durante cinco semanas de las 8 sesiones de tratamiento, clasificadas en horas ocupadas para dormir, en actividades no útiles tales como: rumiaciones, ver la televisión, permanecer en cama acostada, Necesidades básicas entre ellas: el aseo personal, la alimentación y los cuidados de belleza y finalmente actividades importantes comprendidas como: el ejercicio físico, el trabajo como conductora de plataforma de transporte público, la asistencia clases y los trabajos académicos, el compartir con la madre y el hijo, los oficios de la casa, el compartir con los compañeros de la universidad y los amigos, el bailar, montar bicicleta, la piscina entre otras.

Individualmente en el análisis realizado a cada una de las actividades que realizaba la consultante en el día a día, se puede inicialmente observar que durante las

dos primeras semanas, la mayor parte del tiempo lo ocupaba durmiendo, lo cual se consideró como una conducta de evitación y escape, respuestas secundarias de afrontamiento que pueden ser mantenidas por el reforzamiento negativo, debido a que de este modo limitaba la presencia y el mantenimiento de respuestas emocional de la conducta depresiva, sin embargo es importante resaltar que a partir de la tercera y cuarta semana se presentó una disminución significativa de este comportamiento, a causa del inicio paulatino de actividades dirigidas a los cuidados básicos como la alimentación y el aseo personal, así como en algunas actividades importantes como el ejercicio físico y el cumplimiento de su rol académico, conducta que se mantuvo de manera positiva a lo largo del proceso, posteriormente de que la consultante comprendiera los factores que estaban aumentando y manteniendo el estado depresivo y ansioso.

Seguidamente se evidencia un contraste positivo entre la disminución de actividades no útiles y el aumento de las importantes, a partir de la tercera semana de tratamiento, lo que se consideró como la disminución de conductas evitativas, facilitando el aumento de factores reforzadores provenientes del ambiente, a través de la realización de actividades gratificantes para la consultante, el fortalecimiento del vínculo afectivo con su madre y su hijo y la aceptación de la condición clínica, enfocándose a la mejoría, estas conductas se clasificaron como reforzadores positivos.

Finalmente, los resultados permiten evidenciar el cumplimiento del objetivo de la Activación Conductual para la depresión, propuesto por Martell, Dimidjian y Herman (2010) el cual se orienta a ayudar a la persona a activarse de manera que aumenten la probabilidad de que la conducta pueda ser reforzada positivamente.

Es por esto, que los resultados del proceso de intervención permitieron evidenciar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos, obedeciendo al alcance de la práctica profesional, puesto que la consultante logra retomar de manera paulatina los cuidados a nivel personal, familiar, académico y laboral, disminuyendo la intensidad y frecuencia de los episodios ansiosos y depresivos.

### **Modelo contextual de la depresión.**

Modelo explicativo para entender el circuito mantenedor de la depresión e identificar la forma para modificar los patrones de evitación, comprendiendo la trampa de la depresión para encaminarse a través de la acción (Pérez, 2007).

En la siguiente figura se presenta la contextualización realizada desde el modelo de la depresión, en el caso de la consultante a quien se abordó bajo los parámetros de la Activación Conductual, en donde se clarificaron las situaciones desencadenante de la condición depresiva, de la misma manera se presentaron las conductas problemáticas, que conllevan a la presencia de conductas o patrones de evitación, generando esto el circuito mantenedor de la depresión, tal como lo refiere Pérez, (2007) al mencionar que “la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas, en este caso, las circunstancias que propician la depresión como en sus respuestas a tales eventos, en este caso, la evitación conductual” (p. 102).

Contextualización que fue utilizada para realizar psicoeducación a la usuaria para que ella comprendiera el origen de su estado emocional y de esta manera se alcanzaran los objetivos propuestos en el proceso de intervención.

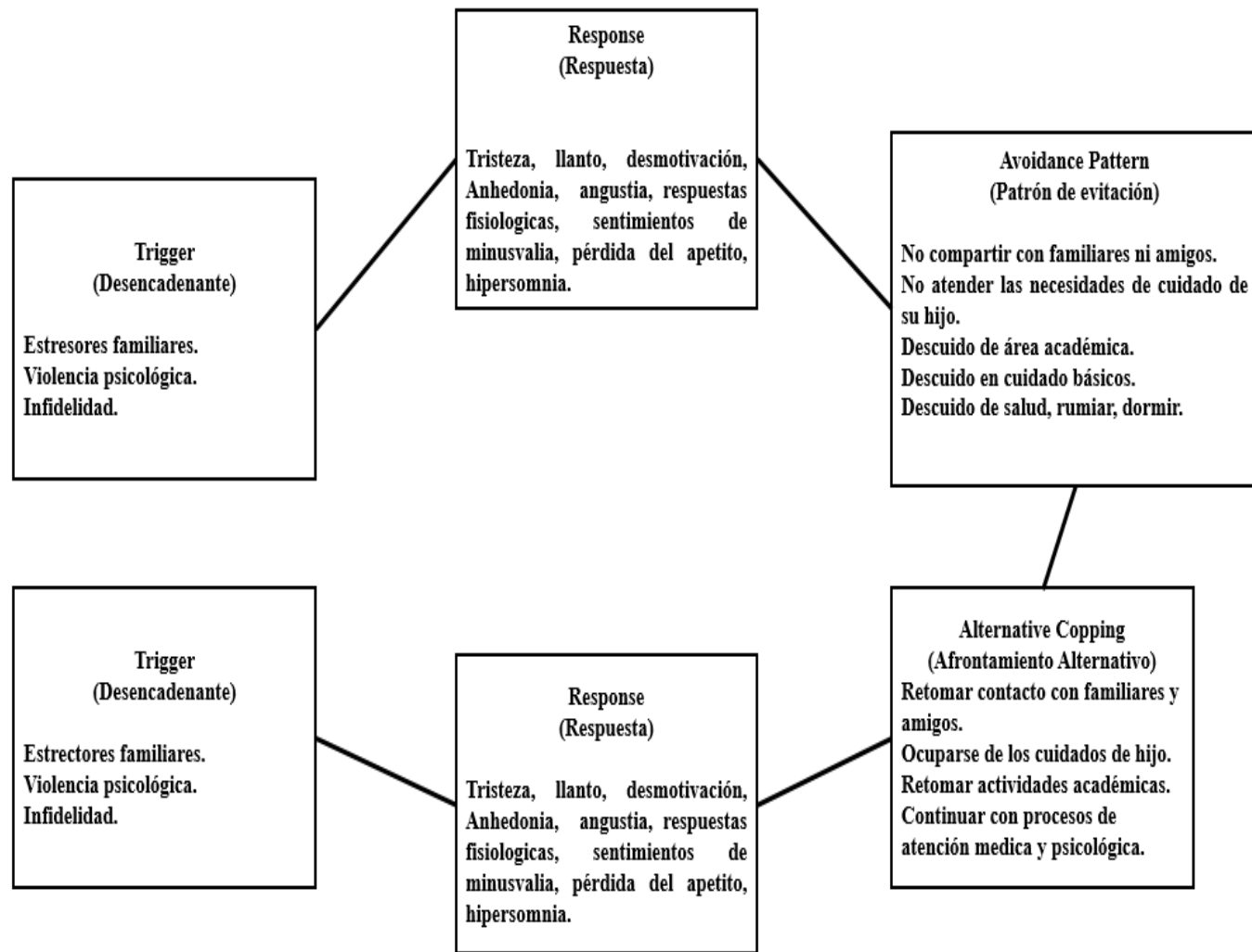


Figura 7 Modelo contextual de la depresión.

Tomado de (Pérez, 2007).

## **Discusión.**

En el estudio de caso se presentó el abordaje terapéutico realizado a una consultante a quien posterior del proceso de evaluación y teniendo en cuenta los antecedentes, se concluyó diagnóstico de trastorno depresivo moderado con ansiedad leve, debido las conductas problema manifiestas y el cumplimiento de los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, a partir de lo cual se estableció el modelo de abordaje, los objetivos de intervención y las técnicas a implementar.

Por medio de la Activación Conductual, se desarrolló el proceso terapéutico, seguidamente de la elaboración del modelo explicativo de la contextualización de la depresión, en donde se identificaron los factores mantenedores de la condición clínica, por lo cual los objetivos terapéuticos se enfocaron a disminuir las patrones de evitación y las respuestas emocionales, para mejorar de las conductas depresivas, a través de la programación de actividades diarias en los diferentes ámbitos de interacción de la consultante.

Hay que mencionar además que, la AC es considerada un tratamiento de corte breve y estructurado utilizado para el manejo de la depresión, el cual se orienta a alcanzar la activación de las personas, aumentando las experiencias gratificantes, para lo cual se utilizan técnicas enfocadas al aumento de la activación y los compromisos en la interacción de la persona (Martell, Dimidjian y Herman, 2010). Dicho lo anterior en el abordaje realizado se siguieron los parámetros establecidos para el cumplimiento del objetivo de la AC, por lo cual la programación y planeación de actividades tales como: cuidado personal, ejercicio físico, interacciones sociales, cumplimiento de compromisos

académicos, tiempo de interacción familiar y actividades laborales, fueron unas de las técnicas transversales durante el tratamiento, lo que permitió el alcance de los objetivos planteados.

Lo anterior es afirmado por Barlow (2018) quien considera que el tratamiento para la depresión desde la Activación Conductual consiste en incrementar la activación de manera paulatina con el propósito de que la persona esté en interacción con las fuentes de recompensa y de esta manera se inicie la solución de las problemáticas presentes.

De igual modo, la Activación Conductual se fundamenta en la afirmación en que las personas presentan estados depresivos como consecuencia de la reducción en la capacidad para percibir recompensas positivas provenientes del entorno, lo anterior se evidenció en la consultante por la presencia de conductas evitativas como aislamiento, descuido en área personal, social y familiar, por lo cual aparecieron los síntomas y las conductas mantenedoras de la depresión, por lo tanto, para mejorar estas condiciones es necesario motivar al individuo para que adopte conductas identificadas como placenteras o productivas encaminadas a aumentar mencionadas recompensas (Martell, Dimidjian y Herman, 2010).

En consonancia con lo anterior, los patrones de evitación identificados en el caso fueron: no compartir con familiares y amigos, la no atención de las necesidades de cuidado de su hijo, descuido de área académica, personal y de salud, así como los constantes pensamientos rumiativos y la hipersomnía, todo lo anterior restringía la capacidad de experimentar recompensas del entorno, así, por ejemplo para que la consultante adoptara conductas placenteras se establecieron alternativas de

afrontamiento enfocadas a retomar contacto con familiares y amigos, actividades académicas, laborales y sociales, además de ocuparse de los cuidados de su hijo, para de esta manera disminuir las respuestas emocionales de tristeza, llanto, desmotivación, anhedonia, angustia, sentimientos de minusvalía, pérdida del apetito e hipersomnia.

En relación a la rumiación, como uno de los patrones de evitación identificados, se menciona que es un “proceso de pensamiento recurrente en el cual se produce una focalización de la atención sobre el self en temáticas de amenaza, pérdida, injusticia asociadas con ansiedad, depresión y bronca, respectivamente. Este proceso es desadaptativo ya que mantiene el malestar anímico” (De Rosa y Keegan, 2018, p.38), es así que, con la finalidad de disminuir los estados de rumiación cognitiva presentes en la consultante, se utilizaron intervenciones para evitar mencionados pensamientos tales como: prestar atención a la experiencia sensorial, destacar las consecuencias de la rumiación y volver a centrarse en la tarea que se tiene entre manos, lo cual generó una respuesta positiva para la evolución de la consultante.

Además se debe agregar que, la resolución de problemas es una de las técnicas necesarias de implementar en la Activación Conductual, como medida y estrategia básica para avanzar en la solución de la depresión, por lo cual, el papel del terapeuta se basa en el actuar como un entrenador, para ayudar a la persona a solucionar problemas vitales e importantes existentes o que aparecen durante las sesiones y de esta manera superar la evitación para lograr los propósitos terapéuticos (Martell, Dimidjian y Herman, 2010).



Según estudio realizado por Barraca (2010) titulado “*aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva*”, en donde incluyeron los principios de este modelo, las estrategias de evaluación como el inventario de Depresión de Beck, las escalas EROS, RPI y BAS, las técnicas especialmente de programación de actividades y los autorregistros, en donde la evidencia del abordaje fue significativa, lo cual es una base fundamental para entender la importancia y eficacia del tratamiento para la depresión desde los parámetros teóricos de esta terapia.

Otro estudio que confirma la eficacia de la Activación Conductual es el realizado por Fernández, Villoría, Amigo, Padierna, Gracia, Fernández y Peláez (2011) titulado “*terapia de activación conductual para pacientes con cáncer*” en donde concluyen que la activación por medio de actividades cotidianas o de ocio, en los pacientes con enfermedad oncológica en tratamiento con quimioterapia reduce la probabilidad de alteraciones emocionales, contribuyendo con la mejora de la calidad de vida y el cuidado de la salud mental.

De modo que, lo realizado durante las sesiones de intervención estuvo enfocado a la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, para que la consultante lograra reintegrarse a su cotidianidad y mejorara su calidad de vida, resultados obtenidos positivamente debido al compromiso adquirido por ella, para el cumplimiento, comprensión y puesta en práctica de las estrategias planteadas, mencionados resultados se evidenciaron por medio de los puntajes de los inventarios administrados, las verbalizaciones de la consultante, los cambios percibidos por la madre los cuales fueron expresado a ella, la mejora en la parte relacional en el núcleo familiar y en los

registros de la planeación de actividades diarias, así como de los resultados académicos finales.

Finalmente, se considera necesario que la consultante continúe con la planeación e implementación de actividades diarias, que permitan continuar disminuyendo las conductas de evitación y fortalezca las áreas de interacción para de esta manera aumentar los factores reforzadores del ambiente por medio de la activación conductual y las demás técnicas y estrategias aprendidas durante el proceso. Así mismo se sugiere que la consultante continúe con el abordaje multidisciplinar por psiquiatría y seguimiento por psicología una vez cada dos o tres meses para evaluación de estado de ánimo y fortalecimiento de estrategias para la prevención de recaídas.

## **Conclusiones.**

La Activación Conductual, en la actualidad es uno de los modelos más utilizados para el abordaje de los trastornos depresivos, debido a los resultados significativos evidenciados en la evolución de los consultantes, por tal motivo fue el modelo de elección para el abordaje del estudio de caso único de la consultante con diagnóstico de trastorno depresivo moderado con ansiedad leve, debido a las conductas problemas identificadas en la fase inicial de evaluación y sus factores mantenedores.

Se concluye que en el proceso terapéutico desarrollado se alcanzó el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados, debido a que la consultante logró retomar las actividades de cuidado básico de manera jerárquica y así disminuir las conductas depresivas, de la misma manera se redujeron las conductas de evitación por medio del estableciendo de metas, a través de la clarificación de valores personales y finalmente las disminución estados de rumiación cognitiva, lo anterior permitió la adecuada evolución de la consultante, evidentes estos resultados a través de la evaluación post intervención realizada por medio de los instrumentos de evaluación seleccionados.

Finalmente se resalta la importancia de la psicoeducación para contextualizar al consultante sobre la problemática identificada, para que de esta manera se comprenda el objetivo de la propuesta terapéutica y se establezca la sintonía para el cumplimiento de lo planteado, identificando cuáles son los patrones mantenedores de la depresión y las áreas de interacción que se debe fortalecer, a través de la puesta en práctica de los diez principios de la Activación Conductual.

## Referencias

- Álvaro, J. L., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 333 - 348. Obtenido de [https://pdfs.semanticscholar.org/be01/b97a393f97a3a03fc838b58ceca02b6c4f2d.pdf?\\_ga=2.202614738.2103689623.1580766552-123532037.1579824466](https://pdfs.semanticscholar.org/be01/b97a393f97a3a03fc838b58ceca02b6c4f2d.pdf?_ga=2.202614738.2103689623.1580766552-123532037.1579824466)
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de Trastornos Psicológicos tratamiento paso a paso*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183 - 197. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n2/v21n2a07.pdf>
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. 42(165 - 166), 15 - 33. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12311/La-Activacion.pdf?sequence=2>
- Barraca, J., & Pérez, M. (2015). Activación Conductual para el tratamiento de la Depresión. *Terapias de tercera generación síntesis*, 6 -7.
- Becerra, A. L., Reynoso, L., Bravo, M. C., & Ordaz, M. I. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(2 - 3), 203 - 216. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Becerra\\_Galvez/publication/320385573\\_Activacion\\_conductual\\_para\\_el\\_control\\_de\\_la\\_depresion\\_en\\_pacientes\\_oncol](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Becerra_Galvez/publication/320385573_Activacion_conductual_para_el_control_de_la_depresion_en_pacientes_oncol)

ogicos\_una\_revision/links/5a0c693fa6fdcc39e9bf826f/Activacion-conductual-para-el-control-de-la-depresion-

- Beck, A. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry*, 53 - 63.
- Bianchi, J. M., & Muñoz, A. M. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83 - 93. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756006.pdf>
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 68 - 80. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art02.pdf>
- Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la Depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181 - 189. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Carvalho, J. p., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., & Hopko, D. (2011). The Reward Probability Index: Design and Validation of a Scale. *Behavior Therapy*, 249 - 262.
- Cruzado, J., Muñoz, M., & Labrador, F. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (3° ed.). España: Pirámide.
- De Rosa, L., & Keegan, E. (2018). RUMIACIÓN: CONSIDERACIONES TEÓRICO-CLÍNICAS. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 36 - 43. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Lorena\\_Rosa/publication/320218801\\_Rumi](https://www.researchgate.net/profile/Lorena_Rosa/publication/320218801_Rumi)

acion\_consideraciones\_teorico-

clinicas/links/5a877d5e0f7e9b1a954cca8f/Rumiacion-consideraciones-teorico-clinicas.pdf

Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720051002.pdf>

García, S. (2018). La Activación Conductual como Terapia Psicológica Basada en la Evidencia (TPBE): aplicación en un caso de depresión con graves problemas de salud. *Tesis Maestría Universidad de Málaga*. Obtenido de <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15547/TFM%20Silvia%20Garcia%CC%81a%20Carmona%20%28RIUMA%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, N. A. (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo. *Psicología.com*, 17(5), 1 -12. Obtenido de [http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/hernandez\\_nicolas.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/hernandez_nicolas.pdf)

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman, R. (2010). *Activación conductual para la depresión, una guía clínica*. Nueva York, USA: Desclée de Brouwer, S.A.,.

Minichi, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2010). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Terapia cognitivo conductual*, 1 - 6. Obtenido de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>

Narváez, M., & Aguirre, H. H. (2016). Análisis de las impresiones diagnósticas en consultantes de un centro de atención psicológica universitario. *Informes*

- psicológicos*, 16(2), 87 - 101. Obtenido de file:///C:/Users/user/Downloads/6849-14022-1-PB.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la Depresión. *Papeles del Psicólogo*, 97 - 110.
- Puerta , J., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251 - 257. Obtenido de file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitivaConductualTCCComoTratamientoParaLa-3903329.pdf
- Quintero, V. (28 de MAyo de 2018). *Universidad Pontificia Bolivariana*. Obtenido de <https://www.upb.edu.co/es/noticias/upb-celebra-ocho-a%C3%B1os-del-instituto-de-familia-vida-upb-bucaramanga>
- Rojas, L. A., Castaño, G. A., & Restrepo, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES medicina*, 32(2), 129 - 140. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Sanchez Angulo, J., Barraca, J., Mora, E. J., & Reyes Ortega, M. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Activación Conductual para la. *Clinica y salud*, 29(3), 151 - 155. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n3/1130-5274-clinsa-29-3-0151.pdf>

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 39 - 48. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*, 34(3), 161-168. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2275.pdf>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. . México: Pearson Educación.
- Ulloa, R. H., De la paña Olvera, F., & Nogales Imaca, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes. *Salud mental*, 34(5), 403 - 407. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n5/v34n5a2.pdf>
- Valderrama, M. A., Bianchi, J. M., & Villalba, J. A. (2016). Validación de la Environmental Reward Observation Scale (EROS) en población colombiana \*. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1 - 13. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/13257>
- Vázquez, F., Otero, P., Blanco, V., & Torres, Á. (2015). *Terapia de solución de problemas para la Depresión*. Madrid: Alianza editorial S.A.



## **Anexos.**

### *Anexo 1 Entrevista Conductual Llavona, Carrasco y Carrasco (1977)*

#### **1. DELIMITACION DE LA CONDUCTA PROBLEMA**

- 1.1. Describa el problema por el que ha venido.
- 1.2. Explique con exactitud qué es lo que le pasa o siente.
- 1.3. Describa detalladamente la última vez que le ocurrió esto.

#### **2. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

- 2.1. ¿Cómo afecta el problema a su vida? (en el trabajo, en la casa, en relación con otras personas).
- 2.2. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?
- 2.3. ¿En qué medida está interesado en solucionar este problema?

#### **3. PARAMETROS DE LA CONDUCTA PROBLEMA**

- 3.1. ¿Cuántas veces le ocurre al día, semana?
- 3.2. Describa con el máximo detalle la vez que el problema tuvo más intensidad, la que fue más fuerte, la que se sintió peor.
- 3.3. Recuerde ahora, también con los máximos detalles que pueda, la vez que el problema tuvo menor intensidad.
- 3.4. ¿Cómo sitúa lo que le ocurre ahora en relación con los dos episodios anteriores?
- 3.5. ¿Cuánto tiempo dura la conducta problema cada vez que aparece?

#### 4. DETERMINANTES DE LA CONDUCTA PROBLEMA

- 4.1. ¿En qué situación aparece (en qué lugares, con qué personas, a qué horas, qué días)?
- 4.2. ¿Qué está haciendo usted cuando aparece el problema?
- 4.3. ¿Qué hace usted u otros después, o qué cosas suceden posteriormente?
- 4.4. ¿Qué se dice usted cuando ocurre el problema (antes, mientras, después).

#### 5. EVOLUCION Y DESARROLLO

- 5.1. ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser para usted un problema?
- 5.2. ¿Qué pasó entonces?
- 5.3. ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (buscar algún punto de referencia para concretar fechas aproximadas).  
¿Qué cosas pasaron entonces?
- 5.4. ¿Qué circunstancias hacen que el problema se agrave, disminuya o desaparezca? ¿A qué cree que es debido?

#### 6. EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

- 6.1. ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema? (por sí mismo, médicos u otros profesionales que ha visitado, tratamientos que ha seguido, si toma medicación actualmente).
- 6.2. ¿Qué resultados le ha dado?
- 6.3. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

## Anexo 2 Consentimiento Informado.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada por el Estado</p>	<p align="center"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD</b> Código: PS-FO-153 Versión: 03</p>
--	--

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor, \_\_\_\_\_, identificado (a) con la T.I. No. \_\_\_\_\_, y en conjunto con él (ella), manifestamos que hemos sido informados sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí (nuestro) representado o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí (nosotros), que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual de nuestro representado, para que posteriormente recibamos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra, y se nos dé información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento.

Comprendemos que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de nuestro representado, evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sabemos que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiremos información que nos permitirá tomar la decisión que a nuestro criterio parezca más conveniente.

También estamos enterados que el (la) psicólogo(a) en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:

- Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- Cuando nuestro representado en calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- Cuando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- Cuando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizamos de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en



consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendemos y hemos sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, podemos ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización, aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección [datos\\_personales.bqa@upb.edu.co](mailto:datos_personales.bqa@upb.edu.co).

Finalmente, el menor manifiesta que conoce y ha comprendido las autorizaciones y compromisos que en su nombre asume(n) su(s) representante(s), que está de acuerdo con ello y que en señal de eso suscribe el presente documento brindando también su consentimiento informado.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.


Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Menor: _____	D.I. No. _____
Nombre del Menor: _____	
Firma del Representante del Menor: _____	C.C. No. _____
Nombre Representante del Menor: _____	
Firma del Representante del Menor: _____	C.C. No. _____
Nombre Representante del Menor: _____	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	Nó. T.P. _____

**Nota:** El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2018 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado

Anexo 3 Alcance del proceso de atención psicológico de la IPS.

 <p><b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ALCANCE DEL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO DE LA IPS</b> Código: PS-FO-197 Versión: 01</p>
--	--

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_ mayor y vecino (a) de la ciudad de \_\_\_\_\_ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, **DECLARO** que he sido informado sobre el alcance que tiene el acompañamiento psicológico que se brinda en la IPS, el cual, es netamente académico y se desarrolla en el marco de la realización de las prácticas profesionales de estudiantes de pregrado y posgrado de la Facultad de Psicología.

De igual Manera **DECLARO**, que se me fue informado que la IPS al ser de objeto social diferente (actividades académicas), se rige bajo una normativa legal amparada en los lineamientos de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social que señala:

*"Dichas entidades son aquellas en las que los servicios de salud son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos". (p.16)*

Es por lo anterior, que los procesos de asesoría psicológica brindados por la Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga, no influye en decisiones, ni constituye prueba en procesos legales que se estén llevando a cabo ante instancias como Comisarias, Fiscalías, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social y Secretaría de Salud Departamental, y ante cualquier autoridad administrativa o judicial.

En constancia firmo este documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Usuario

\_\_\_\_\_  
Firma del Practicante  
ID o T.P. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor  
T.P. \_\_\_\_\_



*Anexo 5 Inventario de Depresión de Beck II (BDI - II)*

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
 Ocupación ..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber

hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mi mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mi mismo.

**8. Autocrítica**

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mi mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11. Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**



- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3ª. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

#### 17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### 18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

#### 19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

Anexo 6 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 7 BADS - Behavioral Activation for Depression Scale.

*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							
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
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 mi 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 8 Reward – probability index: RPI*

*Reward-Probability Index: RPI* (Carvalho et al, 2011. Traducción al español de Barraca y Pérez-Álvarez, 2015)

Teniendo en mente los últimos meses, por favor responda las siguientes preguntas usando esta escala:

- 1 = Muy en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = De acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo

- \_\_\_\_\_ 1. Tengo muchos intereses que me dan placer.
- \_\_\_\_\_ 2. Aprovecho las oportunidades que me surgen.
- \_\_\_\_\_ 3. Mis comportamientos tienen a menudo consecuencias negativas.
- \_\_\_\_\_ 4. Hago amigos fácilmente.
- \_\_\_\_\_ 5. Hay muchas actividades que me parecen satisfactorias.
- \_\_\_\_\_ 6. Me considero una persona con muchas habilidades.
- \_\_\_\_\_ 7. Suceden cosas que me hacen sentir impotente o incompetente.
- \_\_\_\_\_ 8. Tengo un intensa sensación de logro.
- \_\_\_\_\_ 9. Ha habido cambios en mi vida que me han hecho difícil poder disfrutar.
- \_\_\_\_\_ 10. Es fácil encontrar maneras de pasar un buen rato.
- \_\_\_\_\_ 11. Tengo las habilidades para obtener placer en mi vida.
- \_\_\_\_\_ 12. Tengo pocos recursos económicos, lo cual limita lo que puedo hacer.
- \_\_\_\_\_ 13. He sufrido muchas experiencias desagradables.
- \_\_\_\_\_ 14. Parece que las cosas malas siempre me sucedan a mí.
- \_\_\_\_\_ 15. Tengo buenas habilidades sociales.
- \_\_\_\_\_ 16. A menudo otras personas me hacen daño.
- \_\_\_\_\_ 17. La gente me ha tratado con maldad o agresividad.
- \_\_\_\_\_ 18. En los puestos de trabajo que he tenido me he sentido muy capaz.
- \_\_\_\_\_ 19. Me gustaría encontrar un lugar para vivir que proporcionase mayor satisfacción vital
- \_\_\_\_\_ 20. Tengo muchas oportunidades para relacionarme con la gente.

## Anexo 9 Environmental Reward Observation Scale: EROS

*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	

*Anexo 10 Descripción del proceso de intervención.*

<b>Número de sesión.</b>	<b>Actividades desarrolladas</b>	<b>Resultados</b>
Primera	Se realizó entrevista semi-estructurada conductual para recolectar información respecto al motivo de consulta y problemas presentes, diligenciamiento de formato de autorización de trámites personales, consentimiento de alcance del proceso terapéutico y consentimiento informado, se da apertura de historia clínica en apartados iniciales de datos sociodemográficos, historia de la situación, los intentos previos para solucionarlo, la percepción de la situación desde el consultante, familiograma y redes de apoyo; se establece relación terapéutica y compromisos del proceso terapéutico.	Como resultado de esta sesión se define el motivo de la consulta, se conoce el historial médico psiquiátrico de la usuaria, los intentos previos para solucionar la problemática presente y las áreas de desarrollo afectadas tales como: personal, familiar, social, laboral y académica, se crea alianza terapéutica y se establece el contexto de terapia.

<p>Segunda</p>	<p>Se continuó con proceso de evaluación psicológica por medio de entrevista clínica, de igual manera se administran escalas BADS, EROS y RPI y se programan actividades diarias enfocadas al cuidado personal (aseo y alimentación), para desarrollar en el transcurso de la semana, se estable monitorización de las mismas, por medio de autoregistros de actividades diarias – resumen de registro semanal.</p>	<p>En esta sesión se logran conocer eventos significativos como posibles desencadenantes de estado emocional de usuaria (Aborto espontáneo, violencia psicológica, conflictos familiares y reciente ruptura amorosa), se identifica que las relaciones familiares de su núcleo están distantes, debido a que la usuaria manifiesta que los conflictos y constante rechazo de sus padres no facilitan la mejoría. Por otra parte los resultados de las escalas administradas permiten concluir que en el momento la activación</p>
----------------	---	---



Segunda		conductual de la usuaria es baja.
Tercera	<p>Esta sesión se inicia con la programación de la agenda para así poder dar completo cumplimiento a los temas planteados tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de cumplimiento de actividades diarias enfocadas al cuidado personal (aseo y alimentación).</li> <li>2. Retroalimentación y evaluación de las dificultades que no permitieron el cumplimiento a cabalidad de actividades.</li> <li>3. Valoración del estado de ánimo.</li> <li>4. Aplicación de inventarios de ansiedad y depresión de Beck.</li> <li>5. Programación de actividades de la siguiente semana y valoración del grado de placer y dominio al ejecutarlas: continuar con el cuidado personal, usuaria presenta queja de estar</li> </ol>	<p>Como resultado de esta sesión, se evidencia que la usuaria presenta dificultad en dos días de los siete de la semana, en el cumplimiento de las actividades programadas, las cuales estaban enfocadas a cuidado personal como: aseo diario y alimentación, manifestando haber permanecido esos dos días deprimida y ansiosa, por lo cual se trabajó en sesión la identificación de los desencadenantes y soluciones ante estas dificultades. Como resultado de los inventarios aplicados se</p>

Tercera	<p>aumentando de peso de forma significativa por lo cual se propone la programación de actividad física y asistencia puntual a cada una de las clases asignadas.</p>	<p>obtuvo que la usuaria puntúa con sintomatología asociada a depresión y ansiedad con intensidad moderada.</p>
Cuarta	<p>Continuando con el cumplimiento de los fundamentos de la activación conductual, la sesión se inicia con la programación de agenda a desarrollar la cual se estableció así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de cumplimiento de actividades diarias.</li> <li>2. Evaluación de la implementación de solución de dificultad ante la dificultad de la realización de actividades.</li> <li>3. Psicoeducación del modelo de activación conductual haciendo especial énfasis en los principios que lo rigen.</li> <li>4. Programación de actividades de siguiente semana en las que se</li> </ol>	<p>Durante esta sesión se observa que la usuaria logra el cumplimiento a cabalidad de las actividades planeadas en relación al cuidado personal (aseo diario y alimentación), en cuanto al ejercicio lo realiza dos días de los tres planeados cumpliendo los 20 minutos establecidos para cada jornada, respecto al área académica asiste a las clases puntualmente y realiza actividades asignadas. En las</p>

<p>Cuarta</p>	<p>continúan incluyendo las de semanas anteriores, para esta semana se busca generar interacciones familiares y sociales por lo cual la usuaria plantea proporcionar espacios con hijo, acercamiento con madre y asistencia a celebración de cumpleaños de una amiga.</p>	<p>valoraciones de grado de placer y dominio, se observa que en las actividades de cuidado personal el placer lo califica entre 5 y 7 y el dominio entre 3 y 4, respecto al ejercicio, el placer es evaluado en 7 y dominio en 5, finalmente en el área académica placer y dominio calificado en 4, valores establecidos de escala numérica de 0 a 10 en donde 0 significa nada y 10 mucho.</p> <p>Por medio de psicoeducación se realiza la contextualización de la situación presente desde modelo de activación conductual, se explican algunos de los principios</p>
---------------	---	--

Cuarta		<p>básicos del modelo y se correlaciona con la problemática presente en ella, lo que le permite comprender la importancia de la planeación, monitorización y realización de actividades planteadas, enfocadas a la reintegración a su cotidianidad. Finalmente se socializan resultados de inventarios de ansiedad y depresión.</p>
Quinta	<p>Esta sesión se inicia con la programación de la agenda a desarrollar, la cual continua siguiendo un orden similar a los anteriores, posteriormente se trabaja clarificación de la estructura “Matrix de ACT” en la cual se planteó los valores, las acciones con compromiso, acciones evitativas y</p>	<p>Como resultado de esta sesión se obtiene que la usuaria logra asimilar y clarificar la importancia de interactuar en relación a sus valores dando la prioridad a su ámbito familiar, especialmente hijo y de esta manera se</p>

Quinta	<p>barreras con el propósito de que la usuaria reconozca y se flexibilice en relación a los valores y esto le permita conectarse con las metas para el acercamiento con las personas importantes de su entorno.</p> <p>Finalmente se realiza programación de actividades de la siguiente semana continuando con las actividades aplicadas en las semanas anteriores y se adiciona espacios de actividades reforzadoras agradables para la usuaria entre estas se listan asistencia a cine, bailar, visitar antiguas amigas, entre otras que, usuaria revisará para seleccionar como mínimo dos de las más agradables.</p>	enfoca en continuar avanzando en la mejoría de su condición clínica.
Sexta	En esta sesión se realiza el abordaje enfocado en la técnica de relajación con el objetivo de disminuir respuestas fisiológicas ansiosas presentes ante algunas situaciones	Como resultado de esta sesión se evidencia la comprensión de las instrucciones por parte de la usuaria, respecto de la

Sexta	cotidianas de la usuaria, así mismo se aborda el control de pensamientos rumiativos enseñando estrategias de atención a la experiencia sensorial, para contextualizar el abordaje en relación a las rumiaciones.	técnica de relajación planteada y la importancia de llevarla a práctica diaria, respecto, de los pensamientos rumiativos se logra que la usuaria comprenda cómo este tipo de pensamientos no permiten encontrar soluciones a los interrogantes planteados y sí facilitan el malestar emocional. Respecto del cumplimiento en la programación de actividades en esta semana la usuaria cumple a cabalidad.
Séptima	Para esta sesión se continúa siguiendo los parámetros de programación de estructura de sesión, se trabaja la resolución de problemas y las posibles respuestas	Como resultado inicial de esta sesión se logran establecer las situaciones o comportamientos que generaron que la usuaria

Séptima	<p>de evitación, con el propósito de que la usuaria pueda avanzar en el proceso de evolución de los problemas emocionales.</p> <p>Posteriormente, se realiza la planeación de actividades de la siguiente semana, en donde se valora el estado de ánimo, el placer y dominio en cada actividad.</p>	<p>no alcanzara el cumplimiento total de las actividades planeadas, debido a una situación de crítica recibida por un amigo como “a usted siempre él la ha escondido, la ha negado, qué espera para reaccionar”, situación que desencadenó comportamientos de evitación en la usuaria abandonando el cumplimiento de actividades, posteriormente, con las estrategias utilizadas para la solución de problemas logra plantear alternativas ante esta situación.</p>
Octava	<p>En esta sesión final se realizó inicialmente un comparativo general</p>	<p>Para esta sesión final se realiza cierre de</p>

Octava	<p>en relación con el inicio del proceso terapéutico y los avances alcanzados por la usuaria a través del cumplimiento de los compromisos en pro de su mejoría, posteriormente, se realizó la aplicación de las escalas post intervención tales como: Escala BADS, EROS, RPI, Inventario de ansiedad y depresión de Beck, se realizará llamada telefónica de seguimiento y enfocada a la prevención de recaídas.</p>	<p>proceso terapéutico realizando un comparativo general en relación con el inicio del proceso terapéutico y los avances alcanzados, se hace énfasis en la importancia de continuar fortaleciendo las conductas y estrategias desarrolladas durante la intervención. Por otra parte los resultados de las escalas post intervención permiten evidenciar en los constructos de depresión y ansiedad disminución en el grado de intensidad, por su parte en las de activación conductual se evidencia una adecuada respuesta.</p>
Novena	<p>Por medio de llamada telefónica se realiza seguimiento de la evolución</p>	<p>Como resultado del seguimiento realizado vía</p>



Novena	del proceso, monitorizando el estado de ánimo de la consultante, el grado de activación conductual, el estado actual de interacción familiar, laboral, educativa y social, llamada realizada mes y medio posterior de última sesión.	telefónica, se encuentra a consultante en valoración realizada con estado de anímico estable, niega alteraciones emocionales significativas en las dos últimas semanas, no estados ansiosos, adecuado ciclo de sueño, de alimentación y de cuidados básicos, menciona continua activa en cada una de las áreas de interacción. Importante resaltar que en los días 7 y 8 de Enero la consultante presenta una dificultad en área familiar referida por discusión con sus padres lo que desencadeno condiciones de aislamiento por estos días y disminución de la ingesta
--------	--	--

Novena		alimentaria, sin más presencia de alteraciones manifiestas, ante situación busca y planea la solución, logrando solventarla parcialmente y así reintegrar a cuidados.
--------	--	---



## Anexo 12 Autoregistro de actividades diarias semana 3

## ANEXO La

Registro semanal de actividades y estado de ánimo/emociones/placer y dominio

Fecha:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00	Acostado 3	Dormir	Baño 5	Dormir	Baño 8	Dormir	Dormir
7:00	Pensar 3		Desayuno 5		Desayuno 9	Dormir	
8:00			Trabajo 3		Trabajo 9	Desayuno 7	Baño 8
9:00		Ejercicio 4				Baño 7	Desayuno 8
10:00	Baño 4	Desayuno 4				Salon Belle 8	Aseo 8
11:00	Self con	Baño 4					
12:00	maña 4	Dormir		Acostado 1		Almuerzo 8	Almuerzo 8
13:00					Almuerzo 9	Tareas 7	Dormir
14:00	Almuerzo 3		Almuerzo 5		Trabajo 8	de mi	Ejercicio 6
15:00	Dormir	Almuerzo 4	mi hijo		de la U 1	hijo 7	Cumplir 6
16:00		Trabajo 4	Terapia 5			Baño 7	con hijo
17:00	Clase 8	clase 4	clases 5		Clases 8	Juanda 8	
18:00				Intente 2		Amigos 8	
19:00				hacer ejer. 5		Cumplea 8	Ver TV 6
20:00			Diálogo 5	Hablar 2		no	
21:00	Comida 8	Trabajo 4	con madre	con el	Salí a 8	Amiga 8	
22:00	Trabajo		Pensar 5	apoi hijo	Bailar		
23:00	de la U 8			Dormir	compra		Comer 4
00:00		Dormir	Dormir		de la U		Dormir
1:00							
2:00 - 5:00	Dormir				Dormir	Dormir	

Apunte la actividad y cuál es su estado de ánimo (de 1 a 10) mientras la lleva a cabo, teniendo en cuenta que 1=totamente deprimido y 10=totamente animado.

También puede reflejar qué emociones tiene mientras la lleva a cabo (por ejemplo, triste, asustado, avergonzado, feliz, sorprendido, etc.) y hasta qué punto (de 1 a 10).

Igualmente refleje el placer (P) que siente al llevarla a cabo y con qué intensidad lo experimenta (por ej., P=7), y cómo siente que domina o controla (D) esas actividades (por ej., D=9, quiere decir que le resulta muy fácil hacerla).

## Anexo 13 Autoregistro de actividades diarias semana 4

## ANEXO 1a

Registro semanal de actividades y estado de ánimo/emociones/placer y dominio.

Fecha:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo		
6:00	Dormir 9/9/8	Baño 10/9/8	Desayuno 7/10/8	Desayuno 9/10/7	Baño 7	Dormir	Acostado		
7:00	Ejercicio 9	Desayuno 10/9/8	Baño 7/10/8	Ejercicio 9/10/7	Desayuno 7		Preo 9		
8:00	Ejercicio 7	Trabajo 10/9/8	Trabajo 10/10/8	Baño 9/10/7	Trabajo 7		9		
9:00	Cena 9	9/8	10	10/8	Verificar huo 9	10/7	Baño 9		
10:00	Desayuno 9	10	9/8	10	10/8	Tareas de 9	10/7	Dejando 5	
11:00	Baño 9	10	9/8	10	10/8	mi huo 9	10/7	Baño 5	
12:00	Almuerzo 9	10	9/8	10	10/8		9	10/7	Trabajo 5
13:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Almuerzo 9	10/7	Almuerzo 5	
14:00	Dormir 9	10	9/8	10	10/8	Trabajo 9	10/7	Cine 7	
15:00	Ejercicio 9	10	9/8	10	10/8	Ejercicio 6	10/7	Comi 7	
16:00	Clases 9	10	9/8	10	10/8	huo 6	10/7	huo 7	
17:00	Clases 9	10	9/8	10	10/8	Cine 6	10/7	visita 7	
18:00	Clases 9	10	9/8	10	10/8	a Comite 6	10/7	Comida 9	
19:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Cine 6	10/7	Dormir	
20:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
21:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
22:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
23:00	Trabajo 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
00:00	Comida 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
1:00	Dormir 9	10	9/8	10	10/8	Comida 6	10/7	Dormir	
2:00 - 5:00									

Apunte la actividad y cuál es su estado de ánimo (de 1 a 10) mientras la lleva a cabo, teniendo en cuenta que 1=totalmente deprimido y 10=totalmente animado.

También puede reflejar qué emociones tiene mientras la lleva a cabo (por ejemplo, triste, asustado, avergonzado, feliz, sorprendido, etc.) y hasta qué punto (de 1 a 10).

Igualmente refleje el placer (P) que siente al llevarla a cabo y con qué intensidad lo experimenta (por ej., P=7), y cómo siente que domina o controla (D) esas actividades (por ej., D=9, quiere decir que le resulta muy fácil hacerla).

## Anexo 14 Autoregistro de actividades diarias semana 5

## ANEXO 1a

Registro semanal de actividades y estado de ánimo/emociones/placer y dominio

Fecha:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00	Dormir	Ver TV 7	dormir	dormir	7/14 Desayuno 8	Dormir	Dormir
7:00	7/14 Baño 7	7	5/13 Baño 4		7/14 Aseo 8		
8:00	7 Desayuno	7	5/13 Desayuno 4		8		
9:00	7/5/5 Ejercicio	7/5/3 Ejercicio	7/14/2 Acostado	7/14 Desayuno 6	8		5/13 Desayuno 5
10:00	5	7/13/7 Desayuno	5/13/2 Acostado	5	8		5/13 Baño 5
11:00	5 Trabajo	7/13/7 Baño	Ver TV 2	7/14 Baño 6	7/14 Baño 8	Acostado 1	Ver TV 5
12:00	5	5 planear	2	5/14 Pensar 8	8 Trabajo		5
13:00	5	5	5/13 Almuerzo 2	5/14 Almuerzo 2	8 Trabajo		5
14:00	6/4/3 Almuerzo	7/13/5 Almuerzo	2 Ejercicio	5 Trabajo	7/14/8 Almuerzo		5/13 Almuerzo 6
15:00	Dormir	5 Trabajo	1 Pensar	5	Dormir	11/11 Almuerzo	5 Acostado
16:00		5	4 Terapia	5		1 Pensar	5
17:00	4/4/3 clase	4/4/5 clase	4/4/4 clase	4/4/4 clase	4/4/16 clase	1 Acostado	5
18:00	3	5	4	4	6		5
19:00	3	5	4	4	6		5
20:00	3	5	5/13 comida 4	4	6	Dormir	7
21:00	4 Amiga	7/13/5 Comida	dormir	5/4/4 Comida	7/14/6 Comida		7/13/4 Comida 6
22:00	4	Dormir		4 Nada	Dormir		6
23:00	6/4/4 Comida			Dormir			6
00:00	Dormir						6
1:00							Dormir
2:00 - 5:00							

Apunte la actividad y cuál es su estado de ánimo (de 1 a 10) mientras la lleva a cabo, teniendo en cuenta que 1=totalmente deprimido y 10=totalmente animado.

También puede reflejar qué emociones tiene mientras la lleva a cabo (por ejemplo, triste, asustado, avergonzado, feliz, sorprendido, etc.) y hasta qué punto (de 1 a 10).

Igualmente refleje el placer (P) que siente al llevarla a cabo y con qué intensidad lo experimenta (por ej., P=7), y cómo siente que domina o controla (D) esas actividades (por ej., D=9, quiere decir que le resulta muy fácil hacerla).

## Anexo 15 Autoregistro de actividades diarias semana 6

## ANEXO La

Registro semanal de actividades y estado de ánimo/emociones/placer y dominio

Fecha:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00	Dormir	Ejercicio 8	Asustado 9	Dormir	Baño 9	Dormir	Dormir
7:00		Baño 8			Desayuno 9		
8:00	Desayuno 8	Desayuno 8	Baño 5	Desayuno 7	Trabajo 8		
9:00	Ejercicio 8	Uvetas 7	Desayuno 5	Baño 7		Piscina 9	
10:00	Baño 8	con mamá 7	Ejercicio 5	compartir 7		con mamá 9	proco 7
11:00	Trabajo 8	Trabajo 7	Trabajo 5	con mi 7		mi hijo 9	
12:00				5 hrs 7			
13:00				Alguericio 7	Almuerzo 9	Almuerzo 9	Almuerzo 7
14:00	Almuerzo 8	Almuerzo 7	Almuerzo 5	Trabajo 7	Terapia 9	Familiar 7	montar 8
15:00	Trabajo 9	Dormir	Terapia 6	Universidad 7		Piscina 9	Bici 8
16:00			Trabajo 6		Trabajo 9		saludación 8
17:00	Clase 8	Clase 7	Clase 6	Clase 7	compartir 9		con hijo 8
18:00			Trabajo 6		Compartir 9	Trabajo 9	Eucaristía 8
19:00	Compartir 9	Comedia 7		Trabajo 6	Universidad 9		Comedia 8
20:00	hijo 9	Dormir					Jugar 8
21:00	Comedia 9		Comedia 6			Ver tv 7	con hijo 8
22:00	Dormir		Dormir	Comedia 7			Dormir
23:00				Dormir	Dormir	Pensar 5	
00:00							
1:00						Dormir	
2:00 - 5:00							

Apunte la actividad y cuál es su estado de ánimo (de 1 a 10) mientras la lleva a cabo, teniendo en cuenta que 1=totamente deprimido y 10=totamente animado.

También puede reflejar qué emociones tiene mientras la lleva a cabo (por ejemplo, triste, asustado, avergonzado, feliz, sorprendido, etc.) y hasta qué punto (de 1 a 10).

Igualmente refleje el placer (P) que siente al llevarla a cabo y con qué intensidad lo experimenta (por ej., P=7), y cómo siente que domina o controla (D) esas actividades (por ej., D=9, quiere decir que le resulta muy fácil hacerla).