

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Facultad de Psicología

Programa de doctorado de
Psicología de la Salud
(RD 1393/2007)



ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA HÍBRIDA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Memoria para optar al grado de Doctor
presentada por

Dña. Beatriz Gómez Alcaina

Bajo la dirección de las doctoras
Dña. María José Báguena Puigcerver
Dña. María Ángeles Beleña Mateo

Mayo de 2017

A David Andrés Fernández

La esperanza tiene dos hijas hermosas: la indignación y el coraje.

La indignación por la realidad de las cosas

y el coraje para cambiarlas.



CONTENIDOS

Índice general.....	1
Índice de figuras	5
Índice de tablas	7
Agradecimientos.....	9
Declaración	11
Introducción	13
Objetivos.....	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
1. Características y prevalencia de la depresión	23
1.1. Características diagnósticas de la depresión.....	23
1.1.1. Características clínicas de la depresión en adultos	23
1.1.2. Características clínicas específicas de la depresión en infancia y adolescencia	24
1.1.3. Características clínicas específicas de la depresión en la vejez.....	26
1.2. Prevalencia de la depresión	27
1.2.1. Tasas de prevalencia de la depresión a nivel mundial	27
1.2.2. Tasas de prevalencia de la depresión a nivel específico	28
1.2.3. La relación entre la depresión y el suicidio	31

2. Intervención psicológica en la depresión.....	35
2.1. Psicoterapias eficaces en la depresión.....	35
2.1.1. Terapia conductual para la depresión	35
2.1.2. Terapia cognitiva o Terapia cognitivo-conductual de la depresión	41
2.1.3. Psicoterapia interpersonal para la depresión	43
2.2. Historia de la activación conductual en la depresión	45
2.2.1. Los orígenes de la activación conductual.....	45
2.2.2. Los cuestionamientos en los orígenes de la activación conductual	62
2.2.3. Versiones actuales de tratamientos para la depresión basados en la activación conductual.....	68
2.3. Descripción de las variantes de activación conductual para la depresión.....	71
2.3.1. La activación conductual en la terapia de Lewinsohn para la depresión	72
2.3.2. La activación conductual en la terapia cognitiva de la depresión de Beck	76
2.3.3. La Terapia de Activación Conductual para la depresión (BA) de Jacobson-Martell.....	81
2.3.4. El Tratamiento de Activación Conductual Breve para la depresión (BATD) de Lejuez.....	88
2.3.5. La Terapia Híbrida de activación conductual para la depresión de Kanter	95

3. Metodología.....	103
3.1. La traducción y la adaptación de la Terapia Híbrida de activación conductual.....	103
Consideraciones preliminares.....	103
3.1.1. La traducción.....	105
3.1.2. La adaptación.....	124
3.2. La muestra.....	151
3.2.1. Selección de la muestra	151
3.2.2. Descripción de la muestra	153
3.3. Instrumentos de evaluación	155
3.3.1. Inventario de Depresión de Beck, 2ª versión (BDI-II).....	155
3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)	155
3.3.3. Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ)	156
3.3.4. Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)	156
3.3.5. Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)	157
3.3.6. Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI).....	158
3.4. Procedimiento	158
3.4.1. Diseño.....	158
3.4.2. Fase de instrucción en la terapia.....	160
3.4.3. Fase de aplicación de la terapia.....	161

3.5. Resultados	174
3.5.1. Diferencias entre las Medidas del Inventario de Depresión de Beck BDI-II.....	175
3.5.2. Diferencias entre las Medidas Pre y Post Tratamiento de la Escala Ansiedad Rasgo/Ansiedad Estado (STAI-E/R).....	179
3.5.3. Diferencias entre las Medidas del Cuestionario de Vida Significativa (VLQ)	181
3.5.4. Escala “Enviromental Reward Observation” (EROS) “Observación de Recompensa del Entorno”.....	184
3.5.5. Instrumento “Reward Probability Index” (RPI) “Índice de probabilidad a la recompensa”.....	186
3.5.6. Escala “Behavioral Activation for Depression” (BADS) “Activación Conductual para la Depresión”.....	189
3.5.7. Conclusiones de los resultados	193
 Conclusiones y discusión	195
 Referencias	199
 Anexos	227

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Casos de trastornos de depresión por región WHO en millones de personas (WHO, 2017).....	28
Figura 2. Mortalidad por suicidio por cada cien mil personas en la Región de las Américas (WHO, 2016).....	33
Figura 3. Intervalos de Confianza del BDI-II para las diez sesiones de terapia.....	177
Figura 4. Evolución de las puntuaciones en BDI-II de los diferentes sujetos a lo largo de todas las sesiones de terapia.....	178
Figura 5. Evaluación de los indicadores de STAI-R y STAI-E en el pre y post tratamiento.	180
Figura 6. Evolución del número de actividades del VLQ de todos los sujetos a lo largo de la terapia.....	183
Figura 7. Puntuaciones medias de todos los sujetos en el EROS.	185
Figura 8. Puntuaciones medias de todos los sujetos en las dos dimensiones del RPI.....	187
Figura 9. Puntuaciones en las dos dimensiones y total en el RPI.....	188
Figura 10. Puntuaciones directas en las cuatro dimensiones del BADS de todos los sujetos.	190
Figura 11. Puntuaciones directas en la escala total del BADS.	192

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos de depresión por país en la Región de las Américas (WHO, 2017).....	29
Tabla 2. Tabla de materiales necesarios traducidos parcial o totalmente.....	111
Tabla 3. Aplicación de los pasos de la traducción de Orozco-Jutorán (2012) al material.	122
Tabla 4. Desglose horario de las reuniones con los equipos de traductores. .	125
Tabla 5. Tabla de correspondencia de títulos de instrumentos adaptados, traducidos y originales.....	150
Tabla 6. Descripción sociodemográfica de la muestra.....	154
Tabla 7. Secuencia y contenido de las sesiones de la terapia Híbrida adaptada.....	172
Tabla 8. Medias, medianas y desviaciones típicas de los indicadores de depresión según el BDI-II en las sesiones de terapia.....	175
Tabla 9. Medias, desviaciones típicas y medianas de los indicadores de STAI-R y STAI-E en el pre y post tratamiento.....	179
Tabla 10. Medias, desviaciones típicas y medianas del número de actividades del VLQ de todos los sujetos a lo largo de la terapia.....	181
Tabla 11. Puntuaciones medias de las dos dimensiones del RPI y puntuación media total del RPI de todos los sujetos.	186
Tabla 12. Puntuaciones medias en las cuatro dimensiones y total del BADS de todos los sujetos.	189

AGRADECIMIENTOS

Deseo mostrar mi primer agradecimiento a las directoras de esta tesis. Las doctoras María José Báguena y María Ángeles Beleña han guiado el largo proceso de investigación doctoral, durante el cual han mostrado siempre su apoyo académico, administrativo, ético y moral.

En segundo lugar, quiero agradecer, como instituciones y centros, a la Universidad de Valencia, por haber provisto unas condiciones adecuadas en las que poder elaborar el presente trabajo; a la Universidad Austral de Chile, por haberme dado la oportunidad de impartir docencia y de ejercer como supervisora de sus estudiantes en Psicología Clínica; y a los Hospitales Regionales de Valdivia y de Puerto Montt, así como a la Clínica Collico, en Chile, por haber sido las sedes en las que se ha dado una colaboración a partir de la cual se ha podido elaborar el presente trabajo.

Por otro lado, quiero manifestar también mi gratitud a las personas que han participado en el presente estudio de un modo u otro. La inestimable ayuda de la doctora María del Mar González-Tablas, de la Universidad de Salamanca, ha hecho posible la elaboración de los análisis de los datos estadísticos. El doctor Jesús López Lucas, de esa misma universidad, ha facilitado en gran medida la gestión de numerosos recursos bibliográficos. Por su parte, tanto los grupos de traductores como el equipo de estudiantes que administró la terapia mostraron una buena disposición de trabajo, lo que permitió no sólo que los procesos del estudio se sobrellevaran con una menor carga sino también que se generara un buen ambiente profesional y personal en el que desarrollar una colaboración mutua.

Asimismo, deseo mostrar en las siguientes líneas algunos agradecimientos personales a mis seres queridos y amigos: A Luis Jarrod, al que brindo la cita que inicia esta tesis doctoral, por su apoyo emocional; a Pilar Alcaina y María

del Carmen Rabinad, por enseñarme que la constancia y la dedicación son las mejores compañeras en el camino de la vida; a Ángel Alcaina, por mostrarme que el Norte no se pierde, sino que se persigue hasta el final; y a Luisa Fernández, por su apoyo y porque encontrándose en mayor o menor lejanía siempre ha tenido unas palabras de ánimo y aliento.

En último lugar, aunque no por ello el menos importante, destino unas palabras de gratitud al doctor David Andrés Fernández, amigo y compañero, por su amor e inquebrantable confianza en mí durante años.

DECLARACIÓN

Yo, Beatriz Gómez Alcaina, declaro que esta tesis doctoral ha sido compuesta íntegra y completamente por mí, donde, de forma personal, he elaborado los procesos y textos que se incluyen en la misma.

No obstante, la supervisión de la presente disertación ha sido dirigida por las doctoras Dña. María José Báguena Puigcerver, Catedrática de Universidad, y por Dña. María Ángeles Beleña Mateo, Profesora Titular de Universidad, ambas del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

Por otro lado, el estudio cuenta con el consentimiento de los sujetos de la muestra por parte directamente de los centros en los que se les ha atendido. Además, previo a la administración de la terapia fueron informados debidamente de que la misma consistía en una terapia adaptada para la depresión.

Asimismo, con el fin de hacer respetar la protección de datos sensibles de conformidad con lo dispuesto en la letra g del artículo 2º de la Ley nº 19.628, de 17 de febrero de 2012 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia del Gobierno de Chile, se han realizado los pertinentes cambios a los datos que puedan llevar a identificar a los sujetos del presente estudio.

En Valencia, mayo de 2017.

INTRODUCCIÓN

No dejes de vivir el presente esperando el futuro.

La depresión es un trastorno mental serio. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO), es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, afectando a cerca de 350 millones de personas en el mundo. Hoy día, más de 300 millones de personas padecen depresión, siendo por tanto una de las principales causas de discapacidad global y el factor principal que contribuye a las muertes por suicidio. En la región de las Américas, de forma particular, la depresión es considerada un problema de salud grave, con una tasa de prevalencia aproximadamente del 5% por cada 100 mil habitantes. Específicamente, en Chile la tasa de prevalencia de la depresión en mayores de quince años es el equivalente al 5% de la población, siendo el cuarto país de América Latina con mayor prevalencia de esta enfermedad (WHO, 2017). Por tanto, se estima pertinente disponer de estrategias de intervención eficaces, breves y económicamente viables que puedan llegar a toda la población para abordar la problemática de la depresión.

En la actualidad tres son los tipos de psicoterapias eficaces para la depresión unipolar, a saber: el tratamiento conductual, el cognitivo o terapia cognitiva de la depresión y la terapia interpersonal (Hollon & Ponniah, 2010; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2014). Se considera que uno de los componentes de la terapia conductual, en concreto el de la activación conductual, por sí solo produce el cambio en los síntomas depresivos en la misma medida que la terapia cognitiva completa (Jacobson et al., 1996), perdurando en el tiempo tras dos años de seguimiento (Gortner, Gollan,

Dobson, & Jacobson, 1998). Además, la terapia de Activación Conductual¹ para la depresión ha demostrado ser tan eficaz como la medicación (Dimidjian et al., 2006) y es una terapia de corta duración que por su simplicidad de enfoque minimiza la necesidad de un entrenamiento avanzado a los terapeutas (Kanter, Busch, & Rusch, 2009a; Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010). Específicamente, los modelos conductuales explicativos de la depresión señalan que los reforzadores y las contingencias ambientales son los aspectos claves en la depresión (Martell, Addis, & Jacobson, 2001), incluso algunos autores sugieren que “la depresión no es algo que uno tiene, sino una situación en la que uno está” (Pérez-Álvarez, 2007). Por tanto, los tratamientos conductuales se basan en un modelo de la psicopatología que propone, entre otros, que las pérdidas, reducciones o niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo producen cambios conductuales y emocionales en la depresión (Manos, Kanter, & Busch, 2010). De esta forma, uno de los objetivos principales de las terapias conductuales en la depresión supone aumentar el acceso a los reforzadores positivos (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001; Lejuez, Hopko, LePage, Hopko, & McNeil, 2001; Martell et al., 2001). Otros aspectos que también incluyen algunos modelos de la terapia conductual de la depresión son la importancia, además, del refuerzo negativo en las conductas depresivas, así como del alto nivel de castigo (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Martell et al., 2001).

¹ Considerando las diferentes acepciones que pueden derivarse de la expresión “activación conductual”, en esta tesis doctoral se ha hecho un doble uso en función de su especificidad. De esta manera, la denominación en minúscula “activación conductual” se ha reservado al concepto genérico que engloba la activación conductual, mientras que su uso con mayúscula “Activación Conductual” o su abreviatura AC hacen alusión al título específico de las terapias sobre la activación conductual.

En la literatura se encuentran al menos cinco versiones de tratamiento de Activación Conductual para la depresión, a saber: 1) la versión temprana de la terapia de Lewinsohn y colaboradores, cuyas publicaciones datan desde 1978 hasta 1995 (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge, & Teri, 1984; Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Muñoz, Youngren, & Zeiss, 1978); 2) el programa de actividades agradables integrado en el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión de Beck, basado a su vez en el de Lewinsohn, de finales de la década de los 70 (Beck, Rusch, Shaw, & Emery, 1979); 3) la Terapia de Activación Conductual (BA) de Martell, de principios del segundo milenio (Martell et al., 2001), que incluye una edición revisada (Martell et al., 2010); 4) el Tratamiento de Activación Conductual Breve para la depresión (BATD) de Lejuez, también de principios del segundo milenio (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001), que también dispone de edición revisada (BATD-r) (Lejuez et al., 2011); y, 5) la Terapia Híbrida de activación conductual de Kanter, de finales de la primera década del presente siglo (Kanter et al., 2009a), que es una integración de las dos anteriores, aunque con algunas modificaciones.

La BA, la BATD y la Híbrida ofrecen una perspectiva contextual de la depresión y señalan, por tanto, que los factores ambientales, en lugar de los internos como las cogniciones, son una explicación más eficiente para la depresión. En este sentido, diversos autores han defendido durante mucho tiempo la intervención conductual para la depresión en los latinos (Acosta, 1982; A. E. Herrera & Sanchez, 1976; Miranda, 1976; Organista & Muñoz, 1996) y, en concreto, el enfoque contextual, ya que se centra en el cambio de las variables ambientales que son congruentes con las circunstancias de vida y los principales factores de riesgo de la depresión en esta población (Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch, & West, 2010; Kanter et al., 2015; Santiago-Rivera et al., 2008), incluida la chilena (MINSAL ENS, 2010; PNUD-Chile, 2012).

En esta tesis doctoral, que parte de las observaciones extraídas en el trabajo de fin del máster realizado por la que suscribe, titulado *Factores de riesgo del suicidio en depresión*, se ha realizado una adaptación de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión que pueda aplicarse en este último país hispanoamericano: Chile. Como se ha expuesto en el marco teórico desarrollado en la segunda parte de la tesis titulada *Intervención psicológica en la depresión*, dos motivos fundamentan esta elección: uno, a nivel mundial se precisan terapias eficaces, breves y económicamente viables para la depresión, lo que se requiere en mayor medida en países en vías de desarrollo con tasas de prevalencia elevadas, como Chile; y, dos, la depresión en población latina, en la que se incluye la chilena, se considera que es fundamentalmente contextual.

Además, existen otros motivos que apoyan la decisión.

El primero es que la terapia BA de Martell dispone de una versión para ser aplicada a población latina que ha emigrado a Estados Unidos (Kanter et al., 2015) y de una adaptación a población española (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a). Sin embargo, ninguna de ellas es de aplicación a latinoamericanos que residen en sus países de origen, y tampoco insertan la adaptación del contexto cultural específico de la población chilena, por lo que ciertos factores que se consideran en las mismas no se corresponden con la problemática real de la depresión en Chile. Además, aunque la versión BATD de Lejuez ha sido traducida para la población argentina (Maero & Quintero, 2016), ésta no ha sido adaptada.

El segundo motivo es que de la terapia que integra las dos versiones (BA + BATD), conocida como Híbrida (Kanter, Busch, & Rusch, 2009b), no existe ninguna adaptación para la población latina.

Por todo ello, aunque se defiende el uso y utilidad de los manuales de las terapias de activación conductual para la depresión que se encuentran

disponibles hasta la fecha, ninguno de ellos inciden en la conciencia cultural ni en los aspectos lingüísticos de la población chilena. Así, en nuestra adaptación de la terapia Híbrida para la depresión, se han incluido las modificaciones pertinentes para que ésta pueda ser administrada a la población chilena.

En suma, mediante la adaptación de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión, cuyo resultado es la presente tesis y un manual adjunto en los anexos, se espera contribuir a la mejora del tratamiento psicológico de un problema tan relevante en la sociedad actual como la depresión en Chile.

Así, esta tesis doctoral se divide en tres grandes apartados en función de los aspectos que la integran. Después de una sección preceptiva con los índices, introducción y objetivos, la primera parte se dedica a las *Características y prevalencia de la depresión*, en la que se expone, en primer lugar, una descripción general de la depresión asumida principalmente por los investigadores, que comienza con aquellas características que describen la depresión en población adulta, para, a continuación, mostrar las que de forma especial se describen en la población infantil, y que finaliza con las que se consideran en el grupo de las personas de edad avanzada. En segundo lugar, se describen la prevalencia de la depresión distribuida a nivel mundial, a nivel específico para América Latina y particularmente para Chile, así como los datos actualizados que versan sobre la estrecha relación de la depresión y el suicidio.

La segunda parte de la tesis, denominada *Intervención psicológica de la depresión*, trata, en primer lugar, sobre las tres intervenciones psicológicas en depresión con eficacia demostrada, siendo éstas la Terapia conductual para la depresión, la Terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual de la depresión, y la Psicoterapia interpersonal para la depresión. Para cada una de estas tres intervenciones se ha resumido su historia, se profundiza en los fundamentos

teóricos más relevantes, se realiza una amplia descripción de ellas y se expone la evidencia empírica que apoya su eficacia. En segundo lugar, se ha realizado un recorrido histórico de la terapia de activación conductual para la depresión, desde sus orígenes hasta la actualidad, tratando de forma individual a cada uno de los principales autores. En tercer y último lugar, se han detallado las versiones en uso de los tratamientos para la depresión que se basan en la activación conductual, incluyendo una comparación entre dos de ellas al ser relevantes para el presente trabajo.

La tercera parte de la tesis está constituida por la *Metodología*, que comprende cinco apartados: la traducción y la adaptación, la muestra, los instrumentos de evaluación, el procedimiento y los resultados.

En la traducción y adaptación se describen los materiales que se han considerado necesarios traducir al uso lingüístico chileno, la configuración de los grupos de traductores que lo han llevado a cabo, así como las etapas desarrolladas y consideradas durante el propio proceso de traducción, junto con la bibliografía como herramienta necesaria para realizar el trabajo de traducción. En la fase de adaptación se muestran los aspectos a considerar en ese proceso, distinguiendo entre aquellos generales para su aplicación en Chile, los específicos de la identidad chilena, y otros culturales y sociales tanto de América Latina como de Chile. Los primeros –los generales– abarcan desde la formación y la práctica de las orientaciones cognitivo-conductuales y conductuales, así como las herramientas psicométricas en Chile, hasta aspectos de la vida en ese país entre los que forman parte aquellos de corte terminológico. Los segundos –los específicos de la identidad chilena– incluyen las modificaciones realizadas en la terapia en base a la idiosincrasia chilena, mientras que los terceros –relativos a otros aspectos– han tenido en cuenta

aquellas particularidades culturales y sociales relativas al mundo latinoamericano.

Por su parte, en el apartado dedicado a la muestra, se hace una breve descripción del proceso que se ha tenido en cuenta para identificar y seleccionar los sujetos que han formado parte del estudio, y se explican, entre otras, las diversas peculiaridades de los datos sociodemográficos que conforman las características de los mismos.

Asimismo, en la sección de instrumentos se resumen las características más relevantes de aquellas herramientas que se han utilizado para obtener las mediciones correspondientes al grado de depresión y ansiedad, así como los niveles de activación, evitación y los refuerzos disponibles en el entorno de los sujetos. En el procedimiento se incluye el diseño y las fases de instrucción y aplicación de la terapia, en las que se describen los pasos del estudio desde su planificación hasta su administración sesión por sesión, pasando por el entrenamiento del equipo de personas que lo implementaron. Los resultados muestran los análisis de los datos pertinentes del estudio, así como el procedimiento que ha permitido establecer las conclusiones correspondientes a los mismos. Además, estos resultados incluyen sus propias conclusiones, que describen los aspectos más relevantes de la intervención terapéutica adaptada.

Aunque algunos apartados se complementan con resúmenes en los que se exponen de forma sintética las ideas que se consideran más relevantes, el trabajo finaliza con una propuesta de conclusiones y discusión que permite hacerse una idea de la aportación del mismo, esperando no por ello redundar en la información ya expuesta. Por último, cierra esta tesis doctoral un apartado de referencias bibliográficas así como unos anexos que contienen una serie de instrumentos adaptados y el *Manual de la terapia Híbrida de activación conductual para la depresión en Chile*.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Adaptar la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile, contribuyendo a la mejora de la intervención en la depresión en ese país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una contextualización teórica de la depresión y de las variantes (BA, BATD e Híbrida) de la terapia de activación conductual para la depresión.
- Traducir a los usos lingüísticos chilenos los materiales de las terapias originales (BA, BATD e Híbrida) necesarios para adaptar la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile.
- Desarrollar la adaptación al contexto cultural chileno del contenido traducido necesario para la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile, incluyendo las pruebas de evaluación y seguimiento, así como los formularios y otros materiales a utilizar en la misma.
- Diseñar y confeccionar los materiales necesarios (fichas, documentos de auto-registros, etc.) de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile, adecuándolos al uso lingüístico y al contexto cultural chileno.
- Redactar una guía-manual de aplicación en la que conste la descripción de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la

depresión en Chile adaptada al uso lingüístico y al contexto cultural chileno, incluyendo ejemplos de casos clínicos.

- Aplicar la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile adaptada al uso lingüístico y al contexto cultural chileno a una cantidad de muestra suficiente para su comprobación, en concreto a ocho personas con depresión.
- Comprobar mediante el análisis de datos estadísticos la adecuación de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile adaptada al uso lingüístico y al contexto cultural chileno.
- Ofrecer una serie de conclusiones sobre los resultados de la adaptación al uso lingüístico y al contexto cultural chileno de la versión Híbrida de la terapia de activación conductual para la depresión en Chile.

1. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN

1.1. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA DEPRESIÓN

Los sistemas de clasificación en salud mental categorizan los trastornos mentales en diferentes tipos basándose en los criterios de las características que los definen. En estas clasificaciones, las diferentes propuestas y enfoques de nomenclatura, se utilizan en todos los sistemas diagnósticos médicos. Sin embargo, en la actualidad, es probable que los diagnósticos de los trastornos representen un grupo heterogéneo de trastornos con múltiples causas (O'Hara et al., 2012). Los manuales de clasificación diagnóstica que se utilizan provienen de la Clasificación Internacional Estadística de las Enfermedades y Problemas de Salud (ICD) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

1.1.1. Características clínicas de la depresión en adultos

En el DSM, tanto en su cuarta edición revisada, como en la quinta y más reciente, se indica que en el trastorno depresivo mayor y/o episodio, dependiendo del manual al que se hace referencia, deben cumplirse cinco criterios, durante al menos dos semanas, la mayor parte del día y casi a diario.

El primero de los cinco criterios hace referencia a nueve síntomas de los que deben cumplirse al menos cinco, y necesariamente uno de ellos debe ser un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Particularmente, se hace especial mención a que en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable más que triste. Los otros síntomas aluden a cambios en el apetito o en el peso, en el sueño, en la actividad psicomotora,

disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte o ideación suicida.

Los últimos cuatro criterios se reservan para especificaciones tales como que los síntomas se acompañen de malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes y, de forma excluyente, que no se cumplan criterios para un episodio mixto, que los síntomas no se originen por efectos fisiológicos de sustancias o enfermedades médicas, ni que sean mejor explicados por el padecimiento de un duelo (APA, 2002, 2014).

Por su parte, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), los denomina manifestaciones, entre las que incluye dos diferentes a los mencionados anteriormente, siendo una de ellas la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, lo que se conoce como baja autoestima; y la otra la perspectiva sombría de futuro, entendida como desesperanza (OMS, 1992).

1.1.2. Características clínicas específicas de la depresión en infancia y adolescencia

En la depresión de niños y adolescentes, los manuales diagnósticos de los trastornos mentales DSM (APA, 1996, 2002, 2014) y CIE (OMS, 1992) no hacen referencia a otros criterios diferentes a los mencionados para la depresión en adultos, con la excepción de pequeñas matizaciones en dos de los síntomas, a saber: 1) el estado de ánimo depresivo del adulto, que puede ser irritable en los niños y adolescentes, y, 2) los cambios en el peso que son valorados en función de ganancia o pérdida, que en los menores puede

considerarse como un fracaso en la estimación del aumento de peso. No obstante, en la CIE-10 se incluye un apartado de desórdenes del desarrollo dentro del Capítulo V que, intitulado como *Desórdenes emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia*, describe el trastorno mixto de depresión y conductas de desorden que daría cuenta de síntomas similares a los utilizados en adultos con depresión. A pesar de lo indicado, dentro de la bibliografía de autores especialistas en el área, se considera además como síntomas predominantes en la depresión infantil aquéllos que comprenden las áreas motora y fisiológico-emocional, pudiendo por tanto observarse manifestaciones de irritabilidad, llanto, rabietas y problemas en el control de esfínteres. En cambio, en la depresión del adolescente predomina el área cognitiva, a través de la falta de concentración, ideas catastrofistas, visión pesimista del futuro y desconformidad con la imagen corporal (Méndez, 2002).

También hay autores que consideran importante el área fisiológico-emocional en la depresión del adolescente, con síntomas como fatiga, agresividad, nerviosismo e hipersomnia (Glaser, 1967; Malmquist, 1971a, 1971b; Welner, 1978), aunque algunos consideran que los síntomas predominantes estarían en la línea de las respuestas de los trastornos del comportamiento, tales como absentismo escolar, fugas, desobediencia en general, cólera, auto-destructividad y predisposición a conductas de riesgo, entre otras (Toolan, 1996). Otros estudios más recientes añaden el consumo de tóxicos como una de las respuestas que de forma frecuente puede encontrarse en la depresión de adolescentes de edad más avanzada (Sánchez, Cuervo, & Martínez, 2005). No obstante, es importante resaltar que la depresión en la adolescencia se infra-diagnostica debido, sobre todo, a que la variabilidad de los estados de ánimo se interpreta como cambios hormonales propios del ciclo evolutivo en el que se encuentran (Beasley & Beardslee, 1998; Cassidy & Jellinek, 1998).

1.1.3. Características clínicas específicas de la depresión en la vejez

La depresión en las personas mayores, si bien se caracteriza por un descenso en el estado de ánimo, también suele ir acompañada con frecuente sintomatología de tipo fisiológica, sobre todo de índole somática como dolores, cansancio, fatiga, insomnio, pérdida de apetito y otros síntomas inespecíficos (Artiles & López, 2009), lo que conlleva que se infra-diagnostique (Agüera & Hernán, 1999; Artiles & López, 2009). En estos casos suelen utilizarse los conceptos depresiones enmascaradas, larvadas o equivalentes depresivos en las que, en palabras de López-Ibor: “el fondo endotímico alterado del enfermo se manifiesta a través de una máscara en la que el aspecto depresivo apenas resulta visible y, en cambio, aparecen síntomas de carácter vegetativo o puramente somático”, donde “las fases de tristeza aparecen como afecciones somáticas” (López-Ibor, 1979). Por tanto, en este grupo de edad nos podemos encontrar con personas que, para referirse a su estado, se quejen de síntomas somáticos o que las respuestas emocionales las asocien a su avanzada edad.

Además del estado de ánimo depresivo, irritable o ansioso, se puede observar un amplio abanico de síntomas en el anciano con depresión, exceptuando la mayor frecuencia de sintomatología somática. Así, en la literatura se encuentran tanto síntomas de tipo cognitivo (tales como baja autoestima, desesperanza, dificultades en la concentración, disminución del placer, culpabilidad, pérdida del interés, pensamientos de muerte e ideación suicida y síntomas psicóticos), como ideas delirantes, y alucinaciones auditivas y visuales. Entre las respuestas motor-conductuales se hallan el aislamiento social y deterioro en las relaciones sociales, el retraso psicomotor y la agitación motora. Además, como síntomas fisiológicos se pueden encontrar fatiga, disminución del apetito, pérdida de peso e insomnio (Blazer, 2001). También

se ha descrito que los síntomas hipocondríacos cursan con frecuencia en la depresión de personas de avanzada edad (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey, & Hakuma, 1999).

Por otro lado, se considera que en el anciano con depresión hay mayor probabilidad que en los jóvenes de presentar síntomas melancólicos caracterizados por pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, falta de reactividad a los estímulos placenteros, empeoramiento del humor por las mañanas, despertar precoz, alteraciones psicomotoras, anorexia significativa o pérdida de peso, y culpabilidad excesiva, así como de presentar sintomatología psicótica; en mayor medida ideas delirantes de tipo culpabilidad, persecución, nihilismo y celos (Agüera, 1996).

1.2. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN

1.2.1. Tasas de prevalencia de la depresión a nivel mundial

Las tasas de prevalencia de los trastornos mentales aumentan en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (WHO en adelante) estimó que entre los años 1990 y 2013, las personas con depresión o ansiedad habían pasado de 416 millones a 615 millones de afectados, aumentado considerablemente (Chisholm et al., 2016; WHO, 2016a). Lamentablemente, no es necesario conocer este dato para saber que la depresión es un trastorno mental serio. En el año 2012, WHO informó que la depresión era la principal causa de discapacidad a nivel mundial, afectando a cerca de 350 millones de personas en el mundo, y que entre el 8 y el 15% de la población mundial la padecía a lo largo de su vida, afectando no sólo a la persona que la sufría sino también a quiénes la rodeaban (WHO, 2012). En datos más actuales de WHO, ofrecidos en su último informe *Depresión y otros trastornos mentales comunes:*

estimaciones globales de salud, se estima que más de 300 millones de personas padece depresión, en concreto 322 millones, el equivalente al 4,4% de la población mundial, siendo la depresión el mayor contribuyente a la discapacidad global, en concreto, del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad, y siendo a su vez el principal factor que contribuye a las muertes por suicidio, que ascienden a 800.000 al año (WHO, 2017).

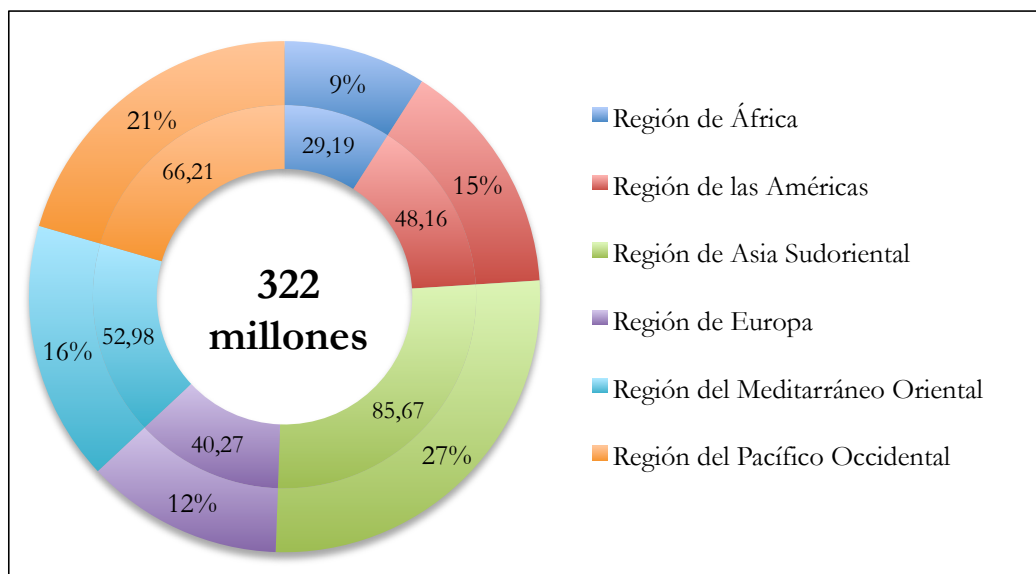


Figura 1. Casos de trastornos de depresión por región WHO en millones de personas (WHO, 2017).

1.2.2. Tasas de prevalencia de la depresión a nivel específico

Concretamente, la depresión en América Latina es el segundo problema de salud en importancia. Según datos de los años 2005-2012, la tasa de depresión en América Latina estaba próxima al 5,0 por cada 100 mil habitantes (Kohn et al., 2005; PAHO/WHO, 2012) antecediéndole únicamente la dependencia al alcohol (Kohn et al., 2005), mientras que el último informe de WHO indica que en las Américas el país con mayor prevalencia en depresión es Brasil con 5,8%, al que le sigue Cuba con 5,5% y Paraguay con 5,2% (WHO, 2017).

Particularmente, en Chile se estimó una prevalencia de la depresión del 9% en el año 2005, siendo considerado el segundo problema más prevalente del país (Minoletti & Zaccaria, 2005). En 2010, en la última Encuesta Nacional de Salud de Chile realizada en el país, la prevalencia de la depresión superó el 17% en mayores de 15 años, lo que equivale a casi uno de cada cinco chilenos, siendo más del 21% de las personas de la población adulta que han recibido diagnóstico de depresión alguna vez en su vida (MINSAL ENS, 2010). En el último informe de WHO se estima que más de ochocientos cuarenta mil personas mayores de 15 años padece depresión en Chile, el equivalente a una prevalencia del 5% de la población, siendo el cuarto país de América Latina con mayor prevalencia de depresión (WHO, 2017).

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos de depresión por país en la Región de las Américas (WHO, 2017).

País	Casos totales	% de población
Antigua y Barbuda	4.424	5,1%
Argentina	1.914.354	4,7%
Bahamas	19.138	5,2%
Barbados	14.586	5,4%
Belice	14.596	4,4%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	453.716	4,4%
Brasil	11.548.577	5,8%
Canadá	1.566.903	4,7%
Chile	844.253	5,0%
Colombia	2.177.280	4,7%
Costa Rica	216.608	4,7%
Cuba	605.879	5,5%
República Dominicana	464.164	4,7%
Ecuador	721.971	4,6%

Tabla 1 (cont.). *Prevalencia de los trastornos de depresión por país en la Región de las Américas (WHO, 2017).*

País	Casos totales	% de población
El Salvador	255.032	4,4%
Granada	4.848	4,7%
Guatemala	580.994	3,7%
Guyana	33.700	4,5%
Haití	437.639	4,3%
Honduras	308.862	4,0%
Jamaica	134.054	4,8%
México	4.936.614	4,2%
Nicaragua	238.161	4,2%
Panamá	162.293	4,4%
Paraguay	332.628	5,2%
Perú	1.443.513	4,8%
Santa Lucía	8.892	4,9%
San Vicente y las Granadinas	5.144	4,9%
Surinam	24.914	4,8%
Trinidad y Tobago	67.614	5,2%
Estados Unidos de América	17.491.047	5,9%
Uruguay	158.005	5,0%
Venezuela (República Bolivariana de)	1.270.099	4,2%

Así, en Chile, la depresión es la patología mental de mayor peso en términos de AVISA (MINSAL, 2013). El término AVISA hace referencia a un indicador que mide la importancia relativa por enfermedad de la pérdida de años de vida saludables tanto de discapacidad como de muerte prematura. En concreto, la depresión unipolar es la segunda causa específica de AVISA en Chile (MINSAL, 2008, 2013). Paralelamente, las cifras del consumo de antidepresivos en Chile aumentaron en un 470,2% en los doce años que

formaron el periodo entre los años 1992 y 2004 (Jirón, Machado, & Ruiz, 2008).

La alarma de las cifras negras de la depresión en Chile propiciaron que en el año 2006 la depresión se incluyera en las patologías de las garantías explícitas en salud del Régimen General de Garantías en Salud (AUGE/GES) de Chile (MINSAL, 2005). El Plan AUGE/GES es un derecho decretado por ley para que todos los afiliados a los seguros del sistema sanitario y sus respectivas cargas puedan ser atendidos en condiciones que garanticen su acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, en caso de sufrir cualquier problema de salud definido por el Ministerio de Salud de Chile. Sin embargo, en la población chilena prácticamente no ha disminuido la presencia de los síntomas depresivos, tal y como puede observarse a partir de los datos reflejados en las Encuestas Nacionales de Salud de Chile de los años 2003 y 2009. En la encuesta del año 2003 los síntomas depresivos de los encuestados se encontraban en el 17,5%, mientras que en la encuesta del año 2009 el porcentaje de las personas con síntomas depresivos fue del 17,2% (MINSAL ENS, 2003, 2010).

1.2.3. La relación entre la depresión y el suicidio

A estas cifras se añaden las relacionadas con el suicidio. En este sentido, un reciente informe de WHO, realizado a partir de varios estudios de diferentes años, revela que la depresión es uno de los trastornos más comunes asociados con la conducta suicida (WHO, 2014a). En otro estudio meta-analítico se considera que la depresión es el trastorno psiquiátrico más común en las personas que mueren por suicidio (Hawton, Casañas i Comabella, Haw, & Saunders, 2013), teniendo un papel importante en una de las primeras fases del espectro suicida y en la ideación suicida (Rohde, Seeley, Kaufman, Clarke,

& Stice, 2006). Efectivamente, cuando se comparan con la población general, las personas con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de suicidio 20 veces mayor (Coryell & Young, 2005; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Harriss, 2005).

De este modo, la depresión se encuentra en gran parte de las conductas suicidas, pudiendo ser la responsable de la mayoría de los suicidios (Ahrens, Linden, Zäske, & Berzewski, 2000; Angst, Angst, & Stassen, 1999). Tal es así que algunos autores consideran que al eliminarse la depresión de los modelos predictivos del suicidio, otras correlaciones pierden fuerza e incluso se eliminan (Field, Diego, & Sanders, 2001; Sun, Hui, & Watkins, 2006).

Un estudio meta-analítico de 2013, en el que se analizan los factores de riesgo potenciales en los suicidas con depresión, advierte que los factores asociados significativamente con el suicidio en orden de mayor a menor relevancia, son un intento de suicidio previo, la gravedad de la depresión y la desesperanza (ambas de igual importancia), entre otros (Hawton et al., 2013). En un artículo más reciente, se concluyó que tres de los síntomas relacionados con la depresión, el estado de ánimo deprimido, la pérdida de energía y el retraso psicomotor, elevan el riesgo de suicidio en depresivos que se encuentran hospitalizados (Lin et al., 2014). En el último informe de WHO se estima una tasa mundial de muerte por suicidio de 10,7 por cada 100 mil habitantes (WHO, 2017).

En los últimos cuatro años, WHO ha estimado, para las Américas, una tasa de muerte por suicidio de 9,6 por cada 100 mil habitantes, aunque algunos países superan esta cifra con creces. Así, la lista de muerte por suicidio en las Américas la encabeza Guyana con una tasa de 34,8 por cada 100 mil habitantes, a la que le siguen Surinam con 28,3 y Cuba con 14,6. En particular, en Sudamérica, el país con mayor tasa de suicidio es Uruguay con 13,8 por

cada 100 mil habitantes, seguido de Chile con 13,0 (WHO, 2017; en WHO, 2014b, 2016b). Específicamente, en Chile el suicidio es la segunda causa de muerte, a la que únicamente le preceden las que se ocasionan por los accidentes de tráfico. Entre los años 2000 y 2009 las tasas de suicidio en chilenos aumentaron considerablemente (MINSAL, 2010). Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) realizado con datos de 34 países, entre los que se incluye Chile, la tasa de suicidios de chilenos por cada 100 mil habitantes en el año 2011 fue de 13,3 (OECD, 2013). En los datos y gráficas correspondientes a la mortalidad del estudio más reciente de WHO, se estima que la tasa de suicidios de chilenos fue de 13,0 por cada 100 mil habitantes (WHO, 2017; en WHO, 2016b).

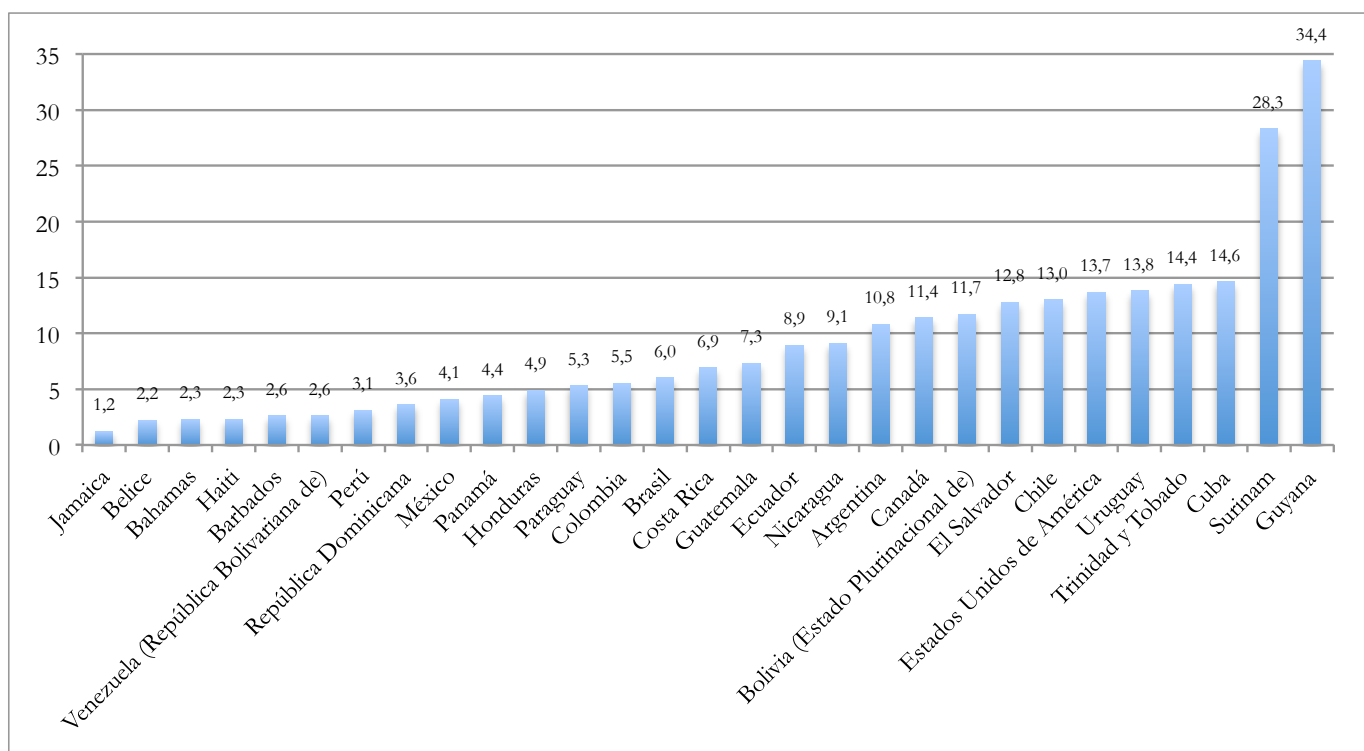


Figura 2. Mortalidad por suicidio por cada cien mil personas en la Región de las Américas (WHO, 2016).

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA DEPRESIÓN

2.1. PSICOTERAPIAS EFICACES EN LA DEPRESIÓN

Actualmente tres son los tipos de tratamientos psicológicos más eficaces en la depresión unipolar: el tratamiento conductual, el cognitivo o terapia cognitiva de la depresión, y la terapia interpersonal (Hollon & Ponniah, 2010; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2014). Los tres cumplen con los criterios para ser considerados tratamientos empíricamente validados bien establecidos (Chambless et al., 1998).

2.1.1. Terapia conductual para la depresión

Las terapias conductuales se centran en el cambio de los comportamientos no deseados y/o desadaptativos por otros deseados y adaptativos, así como en el aumento de las conductas positivas. Los principios de la terapia conductual para la depresión fueron introducidos por Peter Lewinsohn y colaboradores a mediados de la década de los 70 (Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn, 1974a).

Desde entonces, la línea contemporánea de los tratamientos conductuales para la depresión que derivaron de la teoría conductual de la depresión del grupo de Lewinsohn ha incluido dos terapias que son coetáneas en el tiempo aunque elaboradas por grupos de investigación independientes: la Activación Conductual (BA) de Martell y colaboradores (Martell et al., 2001) y el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD) del equipo de investigación de Lejuez y sus colegas (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001).

Las dos propuestas de tratamiento para la depresión están basadas en la activación conductual y en una perspectiva contextual en la que la depresión se explicaría por los factores ambientales y no por una enfermedad exclusivamente médica ni por factores internos como las cogniciones (Jacobson, 1997; Jacobson et al., 2001; Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001; Martell et al., 2001). En este punto es de especial relevancia indicar que diversos autores han defendido durante mucho tiempo la intervención conductual para la depresión en los latinos (Acosta, 1982; A. E. Herrera & Sanchez, 1976; Miranda, 1976; Organista & Muñoz, 1996) y, en concreto, el enfoque contextual, ya que éste se centra en el cambio de las variables ambientales que son congruentes con las circunstancias de vida y los principales factores de riesgo de la depresión en esta población (Kanter, Santiago-Rivera, et al., 2010; Kanter et al., 2015; Santiago-Rivera et al., 2008), incluida la chilena (MINSAL ENS, 2010; PNUD-Chile, 2012).

Tanto la BA como la BATD son terapias de corta duración que por la simplicidad de su enfoque minimizan la necesidad de un entrenamiento avanzado a los terapeutas, lo que permite un ahorro de recursos temporales y económicos (Kanter et al., 2009b; Lejuez et al., 2011; Martell et al., 2010; Richards et al., 2016). Entre las técnicas que incluyen, BA utiliza la programación de actividades y otras técnicas conductuales bajo los planteamientos funcionales de la terapia de conducta, mientras que BATD, si bien comparte con BA la programación de actividades, las técnicas conductuales que utiliza se fundamentan en el marco de la ley de igualación de Richard Herrnstein (1970).²

² Las dos terapias se describirán de forma detallada en el apartado que corresponde a la descripción de las variantes de activación conductual para la depresión.

Por otro lado, varios estudios a gran escala y de revisión meta-analíticos apoyan la eficacia de las terapias de activación conductual para la depresión (Dimidjian et al., 2006; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Dobson et al., 2008; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009; Ekers et al., 2014; Richards et al., 2016).

En el estudio a gran escala de los tratamientos para la depresión en adultos del grupo de Dimidjian, se obtuvo por resultado que la eficacia de la activación conductual en depresiones moderadas a severas era igual que la del tratamiento farmacológico, incluso con menores tasas de deserción, y más efectiva que la Terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión severa (Dimidjian et al., 2006). En el estudio posterior de seguimiento se concluyó que la activación conductual superaba los efectos post-tratamiento de la terapia farmacológica al mantenerse los efectos del tratamiento a largo plazo dos años después de haber terminado la terapia (Dobson et al., 2008).

El equipo de Cuijpers realizó un estudio de efectos aleatorios en el que analizaron 16 ensayos, incluyendo 780 sujetos con depresión. La finalidad del mismo fue examinar los efectos de la programación de actividades en la depresión, es decir, el componente clave de las terapias de activación conductual. En concreto, se examinaron los efectos de la programación de actividades en comparación con otros tratamientos, incluyendo los efectos a largo plazo. Los autores concluyeron que existían claros indicios de que la programación de actividades era eficaz en el tratamiento de la depresión para adultos. Además, algunos análisis de estudios se hicieron comparando la programación de actividades con la Terapia cognitivo-conductual, cuyos resultados indicaron que ambas eran igual de eficaces, incluso en períodos de seguimiento de seis meses (Cuijpers et al., 2007).

Un año después, se realizó otro meta-análisis en el que se compararon los efectos de la Terapia conductual para la depresión (en concreto el componente de programación de actividades en el que se reintroduce el refuerzo positivo y se reduce la evitación) con los controles y otras psicoterapias, incluyendo la Terapia cognitivo-conductual. La revisión se compuso de 17 estudios controlados aleatorizados, con 1109 sujetos con depresión. Como resultado se encontró que la Terapia conductual fue superior a los controles, la Terapia de apoyo y la Psicoterapia breve, siendo igual de efectiva que la Terapia cognitivo-conductual. Los autores concluyeron también que la Terapia conductual para la depresión era una intervención efectiva para la depresión, equivalente, sino mejor que otras psicoterapias con apoyo empírico recomendadas (Ekers et al., 2008).

Posteriormente, en el año 2009 se realizó un meta-análisis de estudios controlados de diversos protocolos de activación conductual para la depresión. La finalidad de la revisión fue examinar el efecto del enfoque de activación conductual para la depresión y la efectividad diferencial de las variantes de la activación. En el meta-análisis se analizaron 34 estudios con 2055 participantes con depresión. Las terapias de activación conductual superaron las condiciones de control con un tamaño del efecto de 0,78, siendo éste de 0,74 en los casos en los que los participantes cumplían los criterios del trastorno depresivo mayor. Asimismo, no hubo diferencias en efectividad entre las terapias de activación conductual y la Terapia cognitiva, por lo que los autores concluyeron que la Terapia de activación conductual puede considerarse un tratamiento bien establecido que tiene ventajas frente a otros tratamientos alternativos de la depresión (Mazzucchelli et al., 2009). Es de especial relevancia indicar que el citado meta-análisis se realizó siguiendo los criterios de las normas de la División 12 del Grupo de Trabajo de la Asociación Americana de Psicología en Promoción de la Difusión de los Procedimientos

Psicológicos (Chambless et al., 1998; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), y que los resultados se complementaron con la revisión de la evidencia de las terapias de activación conductual aportada en las últimas décadas, a partir de los cuales se llegó a la conclusión de que la Terapia de activación conductual debería ser designada como un tratamiento empíricamente validado y bien establecido (Mazzucchelli et al., 2009).

En un meta-análisis posterior realizado en 2014, se comparó la Terapia de activación conductual para la depresión con controles y farmacoterapia. Para ello se analizaron 26 ensayos controlados aleatorios que incluían 1524 individuos. Sin embargo, en la comparación entre la Terapia de activación y los controles se utilizaron 25 estudios con 1088 participantes, mientras que en la comparación con la farmacoterapia fueron 4 los estudios que se incluyeron, con 283 participantes. Entre los resultados se observó que la Terapia de activación conductual fue superior a los controles y a la medicación, por lo que los autores concluyeron que la Terapia de activación conductual era un tratamiento efectivo para la depresión, siendo clínicamente eficaz. No obstante, entre las limitaciones los investigadores anotaron que los datos de la comparación con la farmacoterapia debían tomarse con precaución, al haberse incluido muestras limitadas tanto en número de estudios como en participantes (Ekers et al., 2014).

El último meta-análisis publicado es el que corresponde a los resultados del proyecto COBRA, uno de los mayores ensayos aleatorios controlados de psicoterapia para la depresión hasta la fecha y que dio sus primeros pasos en el año 2012 (Rhodes et al., 2014). El objetivo del proyecto fue evaluar los beneficios clínicos y económicos de la Terapia de activación conductual en comparación con la Terapia cognitiva-conductual. El estudio fue realizado en

tres ciudades de Reino Unido y se inició con una muestra de 440 individuos, aunque fueron 305 los que cumplieron el criterio de asistencia de un mínimo de 8 sesiones para poder ser incluidos en el análisis y, por tanto, los que finalizaron la terapia. De éstos, 147 recibieron la Terapia de activación conductual y 158 la Terapia cognitivo-conductual. Una de las peculiaridades del ensayo estribó en las personas que aplicaron las terapias, a saber: los que administraron la Terapia cognitivo-conductual fueron 12 psicoterapeutas profesionales altamente cualificados, acreditados como terapeutas en la Asociación Británica de Psicoterapia y con un postgrado en Terapia cognitivo-conductual; mientras que los que administraron la Terapia de activación conductual fueron 10 “Junior Mental Health Workers (MHWs)”, es decir, noveles trabajadores de Salud mental, siendo éstos estudiantes graduados capacitados para ofrecer intervenciones en salud mental, sin haber obtenido la titulación profesional en salud mental o una capacitación formal en terapias psicológicas (en España y Latinoamérica sería equivalente al estudiante de prácticas de psicología, que todavía no ha obtenido una titulación que le permita ejercer de forma profesional en la psicología). Entre los resultados se encontró que la Terapia de activación conductual fue equiparable a la Terapia cognitivo-conductual, en términos de reducción de los síntomas de depresión, aunque un 20% más rentable en términos de costos la Terapia de activación conductual. Los autores concluyeron que la Terapia de activación conductual, que es un tratamiento psicológico más simple que la Terapia cognitivo-conductual, puede ser aplicada por trabajadores noveles de salud mental con una formación menos intensiva, con menor costo y siendo igual de efectiva que la Terapia cognitivo-conductual, resultando ser una terapia más rentable (Richards et al., 2016).

2.1.2. Terapia cognitiva o Terapia cognitivo-conductual de la depresión

La Terapia cognitiva de la depresión fue el resultado de la unión de la investigación y práctica de Aaron Beck, la cual tiene bases teóricas de la psicología cognitiva y de la conductual (Beck, 1970, 1976). Esta terapia se enmarcó dentro de un modelo de cambio cognitivo que postulaba que, como resultado de las experiencias tempranas de las personas, éstas adquirirían determinados esquemas cognitivos, denominados también creencias centrales, que eran formas estables de ver el mundo y que les predisponían a interpretar negativamente los eventos vitales. Estas formas de ver el mundo, conocidas como distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos, a su vez llevaban a que las personas se comportaran de manera depresiva (Beck et al., 1979).

Esta es una terapia a corto plazo que se considera que está centrada en el problema, dirigida hacia el objetivo, orientada en el futuro y basada en habilidades (Grant, Young, & DeRubeis, 2005), con el objetivo de “corregir el modo de pensamiento de una persona para comportarse de forma más realista y adaptativa en cuanto a sus problemas psicológicos y, de este modo, reducir los síntomas” (Beck et al., 1979).

El paquete completo de tratamiento no sólo se centra en los pensamientos, sino que también trata la relación entre los pensamientos, comportamientos y emociones, e incluye procedimientos tales como: aprender a identificar y evaluar los pensamientos automáticos distorsionados, a través de la observación, registro y psicoeducación de los tipos de errores de pensamientos; modificar las creencias centrales problemáticas por otras más saludables y adaptativas con técnicas de reestructuración cognitiva; programar actividades según el agrado y placer para aquellas personas con depresión más grave; entrenar habilidades sociales, tareas o actividades que la persona debe realizar entre las sesiones; y otros procedimientos.

De los tratamientos psicoterapéuticos con apoyo empírico para la depresión, la Terapia cognitiva es la más investigada y utilizada (DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998). En este sentido, algunos estudios meta-analíticos de los diversos ensayos controlados que han probado la terapia comparándola con grupos control, lista de espera y farmacoterapia, han concluido que la Terapia cognitiva muestra mayor grado de cambio en las personas que experimentan síntomas depresivos (Dobson, 1989), que es más eficaz que la lista de espera y el placebo, y ligeramente más eficaz que otras intervenciones psicoterapéuticas (Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998). Sin embargo, en el primer estudio del Programa Colaborativo de Investigación para el Tratamiento de la Depresión (TDCRP) del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), a partir del cual la Terapia cognitiva fue más popular, resultó ser un tratamiento efectivo para los grados leve y moderado de depresión, recomendándose la farmacoterapia en depresiones más graves (Elkin et al., 1989) y en una revisión meta-analítica de los tratamientos de la depresión los resultados fueron mixtos (Beutler, Castonguay, & Follete, 2006). No obstante, en otro estudio de revisión se concluyó que en depresiones severas, la Terapia cognitiva era tan efectiva como la farmacoterapia (DeRubeis, Gelfand, Tang, & Simons, 1999) y posteriormente, en otra revisión del año 2005, se observó que en depresiones moderadas a severas, la Terapia cognitiva era tan efectiva como la farmacoterapia (DeRubeis et al., 2005). En otro estudio también del año 2005, se encontró que la Terapia cognitiva en comparación con la farmacoterapia tenía menores tasas de recaídas y sus efectos positivos se mantenían después de la interrupción del tratamiento (Hollon et al., 2005).

En 2008, en un meta-análisis se concluyó que la Terapia cognitiva era un tratamiento apoyado empíricamente y bien establecido para la depresión (Wolf & Hopko, 2008). Además, en un ensayo clínico en el que se evaluó la relación del coste y la efectividad de varios tratamientos para la depresión, entre los que

se encontraba la farmacoterapia, se indicó que la Terapia cognitiva era más rentable que la medicación, en concreto que la fluoxetina, conocida como Prozac (Sava, Yates, Lupu, Szentagotai, & David, 2009).

En otro estudio meta-analítico de Hollon y Ponniah en 2010, se concluyó que la Terapia cognitiva era superior al placebo así como a la intervención psicológica genérica utilizada de costumbre (estabilizadores del estado de ánimo y apoyo psiquiátrico) y al menos tan eficaz como otros tratamientos psicológicos con apoyo empírico. Aunque en esta misma revisión los autores consideraron que debido a la complejidad de la terapia, los resultados podían estar mediados por el grado de formación del terapeuta en la propia terapia y por la experiencia (Hollon & Ponniah, 2010).

2.1.3. Psicoterapia interpersonal para la depresión

La Psicoterapia interpersonal para la depresión (IPT) fue presentada a mediados de la década de los 80 por el equipo de Weissman (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984). Es una terapia centrada en el presente, de duración limitada, entre 12 y 16 sesiones (Markowitz & Weissman, 2004) cuyo enfoque se basa en los principios de la psicodinámica (Raue & Schulberg, 2007).

La teoría que sustenta la IPT considera que la depresión sería una enfermedad que no se produciría por culpa de la persona ni debida a defectos personales, sino por crisis interpersonales. Específicamente, la IPT se basa en las teorías del apego, la interpersonal y la social (Stuart, Robertson, & O'Hara, 2006), con especial énfasis en las relaciones interpersonales que, según considera Weissman, serían importantes dada la relación entre la aparición y la recurrencia de un episodio depresivo y las relaciones sociales e interpersonales

del paciente (Weissman, 2006). El paciente adquiriría el rol de enfermo con la finalidad de tener la elección de suprimir aquellas actividades sociales que pudieran obstaculizar su recuperación (Pincus, 2010). Por consiguiente, la terapia se dirige a las relaciones sociales y centra su objetivo en los problemas en las relaciones de la persona e identifica cuatro áreas problemáticas de actuación: la transición de roles, el duelo, los conflictos y los déficits interpersonales (Markowitz & Weissman, 2004), ante los cuales el terapeuta ayuda a que la persona con depresión aprenda a identificar sus problemas de índole interpersonal, así como a que mejore el conocimiento de la relación entre sus conflictos interpersonales y la depresión, y finalmente, elabore e implemente estrategias para afrontar tales conflictos (Raue & Schulberg, 2007).

En el abordaje de la transición de roles, el terapeuta ayuda a tener mayor conocimiento para afrontar los cambios que han tenido lugar y se restaura la autoestima. La intervención en duelo implica enseñarle a tener un punto de vista equilibrado sobre la pérdida y ausencia de la persona significativa y a restablecer la adaptación del paciente entre las personas que están vivas. Por su parte, ante los conflictos y los déficits interpersonales, se enseñan estrategias efectivas para mejorar las relaciones, la forma de comunicarse, actitudes, cualidades y habilidades. La IPT está considerada una terapia bien establecida y eficaz para la depresión (Chambless et al., 1998; Elkin et al., 1989; Hollon & Ponniah, 2010; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2014; Wolf & Hopko, 2008). En el conocido y ya mencionado primer estudio del programa TDCRP del NIMH, la Terapia interpersonal resultó ser más eficaz que la Terapia cognitiva en pacientes con depresión severa (Elkin et al., 1989), aunque según un estudio reciente de revisión, la Terapia interpersonal es efectiva siempre que sea administrada por terapeutas expertos o personas altamente capacitadas en la terapia (Hollon & Ponniah, 2010).

En suma, las terapias conductuales se centran en el cambio de conductas no deseadas por otras deseadas así como en el incremento de conductas positivas. La línea actual de los tratamientos conductuales en depresión incluya dos terapias: la BA y la BATD; ambas de corta duración. De cualquier modo, la BATD se recomienda más para depresiones leves.

La terapia Híbrida igualmente es una terapia conductual para la depresión, pero no se considera una nueva terapia ya que integra las dos anteriores (BATD y BA) en una. Por otro lado, la terapia cognitiva de la depresión se centra en el problema y se dirige hacia el objetivo, que no es otro que corregir el modo de pensamiento de las personas para comportarse de forma más realista y adaptativa, y regular sus emociones. Además, la terapia cognitiva se orienta al futuro, se basa en habilidades y es una terapia a corto plazo, siendo la más investigada y utilizada de las terapias eficaces para la depresión. Finalmente, la psicoterapia interpersonal para la depresión se centra en el presente, es de duración limitada y se dirige a los problemas de relaciones sociales de la persona en cuatro áreas; los roles, el duelo, los conflictos y los déficits interpersonales.

2.2. HISTORIA DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN

2.2.1. Los orígenes de la activación conductual

Se puede decir que los postulados de Burrhus Skinner representan, de alguna forma, los antecedentes de la Activación Conductual (AC en adelante) al sentar las bases de las teorías conductuales sobre la depresión, si bien las raíces de la AC se vinculan principalmente a los trabajos de otros cuatro autores: Charles Ferster, Peter Lewinsohn, Lynn Rehm y Aaron Beck. A

continuación se describirán las aportaciones a la AC de cada uno de estos autores, que tuvieron lugar desde finales de los años 30 hasta mediados de los 80.

2.2.1.1. Burrhus Skinner

A Skinner se le atribuyen las primeras aportaciones en el área clínica vinculadas con la forma en la que los factores ambientales se relacionan con el comportamiento. Tales aportaciones provenían de su teoría del condicionamiento operante en la que indicaba que un comportamiento era más probable que se repitiera si su consecuencia generaba placer (refuerzo positivo) o bien eliminaba un estado aversivo (refuerzo negativo). En cambio, sería menos probable que se repitiera si conducía a consecuencias indeseables (castigo positivo) o eliminaba un estado agradable (castigo negativo) (Skinner, 1938). En los años 50 el autor ofrecía una explicación para la depresión en la que incluía el ambiente y los principios del condicionamiento operante. Así describía que la depresión se produce porque se elimina el refuerzo, por lo que las personas interrumpen las secuencias de conductas saludables que estaban siendo positivamente reforzadas (Skinner, 1953).

Sin embargo, la historia propia como tal de la AC se remonta a principios de los años setenta por dos discípulos de Skinner que fueron entrenados por él mismo, Ferster y Lewinsohn (Kanter et al., 2009b), a partir de los primeros modelos conductuales que se desarrollaron para la depresión, que proponían que la depresión se producía como resultado de bajos niveles de refuerzo y exceso de confianza en el afrontamiento de la evitación (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974a). La AC se basó, por tanto, en descripciones funcionales tempranas de la depresión, haciendo hincapié en los principios básicos de conducta, en concreto en el refuerzo (Hopko, Lejuez, Ruggiero, &

Eifert, 2003). Las tasas elevadas de castigo también se incluyeron como otro principio básico de conducta a la explicación de la depresión, aunque esto no ocurriría hasta mediados de los años 80 (Lewinsohn et al., 1984).

2.2.1.2. *Charles Ferster*

A principios de los años setenta, Ferster propuso una aproximación dinámica para explicar la depresión en la que postula que es el resultado de una historia de aprendizaje en la que las conductas de las personas no dan lugar a recompensas positivas desde el entorno o que éstas no son reforzadas porque permiten que eviten o escapen de situaciones aversivas. Por tanto, la característica fundamental de las personas deprimidas vendría dada por una pérdida de ciertos tipos de actividades junto a una disminución en la frecuencia de las conductas reforzadas positivamente y a un aumento en las conductas de evitación y escape al percibir consecuencias aversivas por sus acciones. Esta disminución en la frecuencia del refuerzo positivo se debe a que gran parte de la actividad de las personas deprimidas se produce de manera desadaptada al contexto, por lo que no puede ser reforzada. En base a ello, Ferster apuesta por el análisis funcional de la conducta en la depresión, frente al topográfico, es decir, por la función de la conducta y no por su forma. Con ello describe que la depresión es especialmente apropiada para un enfoque comportamental debido a la pobreza y déficit de ciertos comportamientos, lo que requiere un análisis detallado para establecer las relaciones de contingencia con el contexto que los mantienen.

Ferster completó su enfoque operante de la depresión refiriéndose a la misma como una respuesta o conjunto de respuestas desadaptativas que pueden estar relacionadas con percepciones distorsionadas de las contingencias de refuerzo ante la presencia de eventos significativos de la vida que reducen el

refuerzo. Estas respuestas desadaptativas de las personas deprimidas son factores etiológicos cruciales. En sus explicaciones, el autor integró una breve descripción sobre las características de las personas deprimidas, en la que destacó tres distorsiones que se apoyan en el análisis técnico del comportamiento y que hacen que las personas tengan un conjunto de comportamientos que no se refuerzan positivamente y que pueden provocar resultados aversivos, bloqueando el desarrollo de conductas más adaptativas. Éstas son las siguientes: a) una visión limitada del mundo, en la que la persona puede ser incapaz de darse cuenta de qué conductas son apropiadas para el restablecimiento de los niveles adecuados de refuerzo; b) una visión pésima del mundo, en la que la persona puede ser consciente de los comportamientos que se requieren pero teme las consecuencias aversivas de tal comportamiento; y c) una visión inmutable del mundo, en la que el repertorio conductual de la persona no está lo suficientemente desarrollado o completo para poder adaptarse a los cambios significativos en el refuerzo.

Finalmente, Ferster expuso la idea de que aunque la extrema angustia que siente la persona deprimida debe ser el primer punto de contacto en la terapia, es necesario hacer hincapié en aquellas conductas reforzadas positivamente que faltan (Ferster, 1973).

2.2.1.3. Peter Lewinsohn

El elemento común presente en los modelos de Lewinsohn y Ferster está relacionado con considerar que la depresión sería consecuencia de la disminución en la frecuencia de comportamientos reforzados positivamente. Uno de los esbozos del modelo de depresión de Lewinsohn aparece dentro del marco de la teoría del aprendizaje social (Lewinsohn & Atwood, 1969). En uno de sus pioneros trabajos en la temática, el autor mostró el caso de una persona

con depresión en el que da cuenta tanto de un breve resumen de la intervención realizada con el mismo, como de algunas ideas teóricas. En una de las ideas indicaba que un reducido tipo de refuerzo positivo sería una condición antecedente crítica para la ocurrencia de comportamientos depresivos y en otra sugiere que las interacciones sociales proporcionan contingencias que fortalecen y mantienen estos comportamientos. Además añadía que tales comportamientos depresivos son parte de un círculo vicioso que sirven para mantener las relaciones sociales empobrecidas y que a su vez prolongan la depresión.

En otros estudios coetáneos (Lewinsohn & Shaw, 1969; Lewinsohn, Weinstein, & Alper, 1970) afirmaba la idea de que la persona deprimida tendría un tipo reducido de refuerzo positivo, si bien la mayor relevancia se encontraría en la falta de habilidades sociales, lo cual sería una condición antecedente importante para la aparición del comportamiento depresivo.

Posteriormente describía –por primera vez– que la depresión se caracterizaría fundamentalmente por pérdidas, reducciones o niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo de “respuesta contingente” (RCPR), entendiendo que la respuesta contingente se refiere a que el refuerzo depende de las acciones de las personas. Este tipo de respuesta sería una característica particular del repertorio de las personas deprimidas que sirve como explicación suficiente para la baja tasa de la conducta de las personas deprimidas, cuya función dependería de tres factores:

- 1) Las diferencias en lo que se refuerza a diferentes personas, o lo que es lo mismo, el número de eventos que son potencialmente reforzadores para una persona, entre los que las relaciones sociales serían los de mayor relevancia.

- 2) La disponibilidad en el medio ambiente de los refuerzos, es decir, el número de eventos de reforzadores que están disponibles en el entorno del individuo.
- 3) El nivel individual de la habilidad necesaria para obtener y mantener el contacto con ese refuerzo, esto es, la habilidad de las personas para obtener los reforzadores disponibles.

En resumen, la disminución o pérdida de RCPR produciría las reducciones del comportamiento que se observan en la depresión. Así, el autor sugiere que la depresión genera tal disminución en el comportamiento que provoca secuelas como tristeza, anhedonia y otras reacciones emocionales disfóricas a causa de los niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo, y que esta carencia de refuerzo positivo limitaría conductas que producen recompensas en la vida de las personas, causando o manteniendo las reacciones emocionales disfóricas (Lewinsohn, 1974a; MacPhillamy & Lewinsohn, 1974).

A su vez, en el modelo de Lewinsohn, dentro del número de eventos que son potencialmente reforzadores para una persona, la mayor importancia se encuentra en los déficits en habilidades sociales, estando entre éstas la susceptibilidad a la depresión y la capacidad de superarla, a partir de lo cual se define el refuerzo por la calidad de las interacciones de la persona con su entorno. Las interacciones satisfactorias entre las personas y el ambiente, es decir, aquellas cuyos resultados harían que la persona se sintiera bien, constituyen el refuerzo positivo y fortalecen el comportamiento de las personas. En las personas deprimidas, el comportamiento no suele producir el refuerzo positivo a un nivel suficiente como para mantener su comportamiento, lo que podría explicar las dificultades que tienen en el inicio

o mantenimiento de su comportamiento, resultando en personas más pasivas progresivamente (Lewinsohn, Breckenridge, Antonuccio, & Teri, 1985).

A partir de estas nociones teóricas, Lewinsohn y colaboradores, propusieron un tratamiento conductual para la depresión (Lewinsohn & Graf, 1973; Lewinsohn & Libet, 1972), cuyo principal objetivo era establecer la tasa de refuerzo positivo de respuesta contingente (RCPR) a un nivel adecuado, para lo que sería necesario modificar la frecuencia, cantidad y calidad de actividades agradables así como las interacciones sociales de las personas deprimidas. En esencia, la intervención consistía en técnicas de activación sencilla, esto es, en la programación de eventos agradables, para aumentar las tasas de RCPR (Lewinsohn, 1974a, 1974b). Así, esta intervención se fundamenta en identificar las contingencias de refuerzo positivo y eliminar las contingencias ambientales aversivas, para posteriormente programar y hacer un seguimiento de las actividades específicas que debían conducir a un contacto con estas contingencias (Kanter & Rusch, 2009).

Con cierta anterioridad, el grupo de Lewinsohn había apoyado las evidencias teóricas a través de varios estudios sobre la terapia de conducta de las personas con depresión (Lewinsohn & Atwood, 1969; Lewinsohn & Shaffer, 1971; Lewinsohn & Shaw, 1969; Lewinsohn et al., 1970) cuyos resultados mostraban que la depresión podía ser aliviada por estrategias que aumentan la RCPR. Los estudios previos de intervención basados en esta teoría se consolidaron en un manual de tratamiento integral que fue publicado como capítulo de libro. Este capítulo alentó la programación de actividades para mejorar los déficits ambientales en la formación de refuerzo positivo y las habilidades sociales positivas, con la finalidad de afrontar los déficits de comportamiento para obtener y mantener el refuerzo positivo (Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976). El manual también incluyó otro tipo de intervenciones

conductuales tales como estrategias de manejo de contingencias para maximizar la asistencia y los procedimientos de la sesión, como por ejemplo la parada de pensamiento para orientar la conducta verbal encubierta (Kanter, Manos, et al., 2010).

Lewinsohn y colaboradores también incluyeron otro principio básico de conducta a la explicación de la depresión; el castigo, bajo el supuesto de que una alta tasa de experiencia de castigo también causaría depresión ya fuera directa o indirectamente al interferir con la participación de las personas en el disfrute de las actividades potencialmente gratificantes. Lewinsohn y colaboradores se han referido al castigo como la interacción entre las personas y el ambiente con resultados aversivos, es decir, aquellas que derivan en que la persona tenga sentimientos angustiantes, inquietantes y/o desagradables. Incluyeron tres razones que explicarían que las personas pudiesen experimentar bajas tasas de refuerzo positivo y/o altas tasas de castigo: 1) poca disponibilidad de refuerzos positivos en el entorno de la persona y/o muchos aspectos que se castigan; 2) carencia de habilidades necesarias para obtener los refuerzos positivos disponibles y/o para hacer frente eficazmente a los acontecimientos negativos; y 3) reducción de la potencia del refuerzo positivo de los acontecimientos y/o aumento del impacto de los eventos que se castigan. De este modo sugirieron que la probabilidad de las conductas adaptativas al contexto se reducen ante los acontecimientos negativos de la vida en personas vulnerables que pueden no disponer de habilidades para afrontar los acontecimientos (Lewinsohn et al., 1985). En este sentido, algunos de los estudios del grupo de Lewinsohn también se incluyeron en la intervención de la depresión, en el aumento de la cantidad y calidad de las interacciones de refuerzo positivamente entre las personas deprimidas y su medio ambiente, y en la disminución de la cantidad y calidad de las

interacciones negativas, es decir, de castigo (Lewinsohn et al., 1985; Robinson & Lewinsohn, 1973a, 1973b; Teri & Lewinsohn, 1985).

Las técnicas fundamentales en la evaluación e intervención para conseguir los objetivos del tratamiento de Lewinsohn eran las escalas elaboradas para medir y caracterizar los síntomas, centrándose en los patrones de comportamiento interpersonales, en el entrenamiento en habilidades sociales, y, además, en el uso del *Cuestionario de eventos/sucesos agradables* (Pleasant Events Schedule –PES–) cuya finalidad era evaluar los acontecimientos y/o actividades placenteras que tenían lugar en la vida de la persona durante el último mes (Abreu & Santos, 2008). Cabe decir que los procedimientos de auto-registro en los que las personas deprimidas observan y registran las actividades que realizan con la finalidad de que aumenten la frecuencia de los comportamientos que puedan aumentar el refuerzo positivo, se han utilizado con éxito en varios estudios por el grupo de Lewinsohn (Lewinsohn & Atwood, 1969; Lewinsohn & Libet, 1972; Lewinsohn & Shaffer, 1971). En este sentido, el *Cuestionario de eventos/sucesos agradables*, elaborado por MacPhillamy y Lewinsohn en 1971, es un listado de 320 opciones de eventos placenteros que la persona deprimida debe clasificar en función de la frecuencia en la que los ha realizado en el último mes y del placer obtenido, para posteriormente realizar una serie de pasos hasta que finalmente se elijan, de entre ellas, 10 actividades que se relacionan con los cambios del estado de ánimo para ser exploradas en mayor profundidad (Abreu & Santos, 2008).

La terapia de Lewinsohn era sinónima de tratamiento conductual para la depresión, por lo que se realizaron docenas de estudios que analizaban los componentes de la misma (Abreu & Santos, 2008; Kanter, Manos, et al., 2010). A pesar del apoyo empírico que recibió el tratamiento conductual por aquel entonces si consideramos los estudios realizados (Comas-Díaz, 1981; Gardner

& Oei, 1981; Maldonado-López, 1982; Padfield, 1976; Taylor & Marshall, 1977; P. H. Wilson, 1982; P. H. Wilson, Goldin, & Charbonneau-Powis, 1983), las intervenciones conductuales cayeron en desgracia en la década de los 80, debido en parte a la insatisfacción con el abandono de las construcciones cognitivas por parte de la terapia conductual, que se veían entonces tan importantes para la depresión. En la decadencia también influyeron las intervenciones basadas exclusivamente en las teorías del aprendizaje social, al verse insuficientes; así como la ausencia de concepciones e intervenciones cognitivas en el tratamiento conductual que fueron consideradas una limitación y sin olvidar los resultados insatisfactorios de algunos estudios que compararon la eficacia de algunas modalidades de terapia, entre las que se incluía la de Lewinsohn (Abreu & Santos, 2008; Kanter, Manos, et al., 2010; Kanter, Puspitasari, Santos, & Nagy, 2012; Santiago-Rivera et al., 2008).

En este último aspecto, son relevantes tres trabajos de mediados de los años 70 sobre el enfoque de Lewinsohn y su decadencia (Kanter, Manos, et al., 2010). El primero constaba de una comparación para evaluar la eficacia terapéutica de dos intervenciones en depresión, la terapia cognitiva de Beck y la terapia conductual de Lewinsohn, en una muestra conformada por 16 personas con depresión que fueron separadas en dos mitades, recibiendo un tipo de tratamiento diferente cada una de ellas. Los resultados sugirieron superioridad de las técnicas cognitivas sumadas a las conductuales (Shaw, 1977).

El segundo estudio fue realizado a finales de los años 70 por el grupo de Lewinsohn, cuya autoría principal recae en una de sus discípulas, Antonette M. Zeiss. En este estudio participaron 66 adultos deprimidos, de los cuales 44 completaron el estudio, 35 mujeres y 9 hombres. El objetivo principal fue comparar tres modalidades de tratamiento: 1) modalidad conducta

interpersonal que incluía 3 aspectos de habilidades sociales: asertividad, conducta expresiva y actitud social, con el objetivo de mejorar en asertividad, estilo comunicativo y aislamiento social, mejorando así el estado de ánimo; 2) modalidad programación de actividades agradables que fue diseñado para aumentar la frecuencia de actividades agradables y el disfrute de actividades potencialmente agradables, con el objetivo de aumentar la frecuencia y calidad de realización de los eventos agradables, cuya última finalidad es mejorar el estado de ánimo; y 3) modalidad cognitiva que se diseñó para facilitar los cambios en la forma en la que se piensa acerca de la realidad, a fin de disminuir los pensamientos negativos y las creencias irracionales, aumentar los pensamientos positivos y conducir a una visión más positiva con el objetivo de optimizar el estado de ánimo. Los resultados indicaron en primer lugar, que no existían diferencias significativas entre las tres modalidades de tratamiento; en segundo lugar, que todos los tratamientos fueron igualmente eficaces en la reducción de la depresión; y en tercer lugar, que si bien los participantes con el tiempo mejoraron en habilidades sociales, cogniciones y actividades agradables, estas mejoras no fueron debidas a los objetivos directos del tipo de tratamiento en el que se participó. En otras palabras, no mejoraron diferencialmente en función del tipo de tratamiento que recibieron (Zeiss, Lewinsohn, & Muñoz, 1979).

Aunque los dos estudios anteriormente mencionados fueron los que más influyeron en la caída del tratamiento conductual de la depresión, un tercer trabajo coetáneo también tuvo su repercusión (Hammen & Glass, 1975) ya que los resultados indicaron que las personas con depresión que recibieron intervención conductual con la técnica de programación de actividades agradables no aliviaron el estado de ánimo.

A partir de estos resultados, Lewinsohn y otros conductistas se alejaron de una estricta conceptualización del comportamiento en depresión (Manos et al., 2010), optando por integrar las técnicas conductuales y cognitivas en un tratamiento para la depresión que pasaría a formar parte de la aproximación cognitivo-conductual. Así, la terapia cognitiva, que era uno de los modelos alternativos de la época que estaba desarrollando intervenciones basadas en la orientación cognitiva (Kanter, Manos, et al., 2010), incluyó las técnicas conductuales primarias de programación y seguimiento de la actividad en su paquete de tratamiento, utilizándose en el marco de un modelo de cambio cognitivo (por ejemplo, los experimentos conductuales para desafiar pensamientos disfuncionales) en lugar de ser utilizado un modelo basado en el refuerzo (Kanter et al., 2012; Manos et al., 2010).

Por ello, a finales de la década de los 70 se publicó el libro de auto-ayuda del grupo de Lewinsohn, *Control your depression* (Controle su depresión), basado en la teoría del aprendizaje social, en el que se incluyeron tanto componentes conductuales como cognitivos de intervención para la depresión en un abordaje individual, aunque en general, ponía mayor énfasis en las intervenciones conductuales tradicionales, lo que era coherente con la teoría del aprendizaje social que estaba en la base en la intervención (Lewinsohn et al., 1978). Coetáneamente, las técnicas conductuales de programación y seguimiento de actividades fueron incorporadas en el libro del grupo de estudio de Beck, *Cognitive therapy of depression* (Terapia cognitiva de la depresión), en el que el propio Beck recomendaba utilizar las técnicas conductuales tales como la programación de actividades al inicio del tratamiento en los casos más severos de depresión (Beck et al., 1979).

Posteriormente, a mediados de los años 80, se publicó un tercer libro, *The Coping with Depression Course* (Curso para el afrontamiento de la depresión),

que contenía la descripción de la intervención estructurada de doce sesiones para la depresión, en el que incorporaba la aplicación de técnicas cognitivas y conductuales para un abordaje grupal (Lewinsohn et al., 1984).

Como consecuencia de la insatisfacción con la aproximación conductual, la terapia cognitiva para la depresión subió en popularidad y aumentó el interés en las teorías cognitivas debido al rigor experimental, a los buenos resultados de sus estudios y probablemente, a la mayor accesibilidad para el colectivo de los psicólogos clínicos (Mairal, 2009), a la par que disminuía el de las comportamentales. Es más, la terapia cognitiva fue incluida en el primer estudio multicéntrico coordinado en el campo de la investigación en psicoterapia, *The Treatment of Depression Collaborative Research Program –TDCRP–* (Programa Colaborativo de Investigación para el Tratamiento de la Depresión), iniciado y financiado por *The National Institute of Mental Health –NIMH–* (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos), y también en los subsiguientes estudios que realizó ese programa (Elkin, Parloff, Hadley, & Atry, 1985; Elkin et al., 1989), mientras que la terapia conductual fue excluida del mismo, tachada de inadecuada, mal concebida y seguida únicamente por unos pocos conductistas radicales (Kanter et al., 2009b).

Por tanto, así habían surgido dos de los principales enfoques de Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC) para la depresión. Por un lado, la terapia integradora del propio grupo de Lewinsohn en la que se combinaban factores conductuales y cognitivos, que se refleja en el libro *The Coping with Depression Course*, y, por otro lado, la versión del grupo de Beck de TCC para la depresión que combinaba técnicas cognitivas y conductuales, expuesta en el libro *Cognitive therapy of depression* (Santiago-Rivera et al., 2008).

En suma, el trabajo de Lewinsohn y sus grupos de colaboración contribuyeron a establecer la relevancia de algunos aspectos en la Activación

Conductual tales como la importancia de comprender las contingencias del refuerzo y el castigo en la vida de una persona en particular, y relacionado con éstas, la evaluación funcional como herramienta crucial para identificar eventos específicos y patrones de comportamiento que están funcionalmente relacionados con la depresión de la persona. A través de la evaluación funcional se pueden identificar áreas de interacción de la persona y el ambiente que pueden contribuir a la depresión. La información obtenida de la evaluación funcional guía la formulación de un plan específico de tratamiento con dos objetivos. Por un lado, para cambiar los acontecimientos y los patrones de comportamiento que están en la base de la depresión, y, por otro lado, para ayudar en las decisiones del tratamiento en curso (Lewinsohn et al., 1985; Martell et al., 2010). Finalmente, otra de sus contribuciones a la Activación Conductual ha sido el desarrollo y la utilización de las técnicas conductuales tales como la programación y el seguimiento de actividades, al haber sido claves en la Activación Conductual, hasta el punto de ser la base tanto de los procedimientos como de la práctica de la misma (Martell et al., 2010).

2.2.1.4. Lynn Rehm

El modelo de autocontrol de la depresión que ofrece Rehm es una ligera modificación del modelo de autorregulación de Kanfer de principios de los años 70. En la propuesta de Kanfer, la autorregulación se relaciona con los procesos por los que las personas alteran la probabilidad de sus respuestas en una relativa ausencia de refuerzos externos inmediatos. En su modelo, Kanfer describió los esfuerzos de autorregulación del comportamiento que realizan las personas para obtener objetivos a largo plazo en los que están involucrados tres procesos que a su vez están interrelacionados: el autocontrol, la auto-evaluación y el auto-refuerzo (Kanfer, 1970b, 1970a).

Los trabajos de Rehm han tenido en cuenta los tres procesos de Kanfer, a partir de los cuales realizó un análisis lógico y coherente de la forma en la que los variados síntomas depresivos se relacionan con un proceso concreto del autocontrol de modo que ciertos déficits específicos en etapas del autocontrol serían la base de algunas manifestaciones de la depresión.

El autor sugiere que el comportamiento de las personas deprimidas podría caracterizarse por uno o más de seis déficits en el autocontrol. Así, indicó que existen al menos dos formas en las que puede caracterizarse el autocontrol de las personas deprimidas: en primer lugar, manteniendo una atención selectiva de los acontecimientos negativos en detrimento de los positivos (déficit 1), y, en segundo lugar, focalizando la atención a las consecuencias inmediatas de su conducta, frente a las más tardías (déficit 2). Rehm añadió que, en la fase de auto-evaluación, el autocontrol de las personas deprimidas puede estar caracterizado de dos formas: uno, estableciendo criterios rigurosos para la auto-evaluación (déficit 3) y, dos, por atribuciones internas de causalidad inexactas (déficit 4). Finalmente, la fase de auto-refuerzo del autocontrol sería de gran relevancia en las conductas de las personas deprimidas, pudiendo ser caracterizada, por un lado, por auto-recompensa insuficiente, que podría asociarse a las tasas de frenado de la conducta manifiesta típica en la depresión, que podría observarse a través del bajo nivel general de actividad, de algunos inicios de respuestas, latencias más largas y menos persistencia (déficit 5), y, por otro lado, por un auto-castigo excesivo (déficit 6). En base a este modelo teórico, Rehm propuso la terapia conocida como Terapia de Autocontrol, que consta de seis a doce sesiones elaborada en un formato estructurado cuyo objetivo consiste en abordar los tres procesos del autocontrol (Rehm, 1977).

2.2.1.5. *Aaron Beck*

El enfoque cognitivo-conductual primario que reemplazó en popularidad a los enfoques conductuales tradicionales fue la Terapia cognitiva, conocida también como Terapia cognitiva-conductual (TCC), propuesta por Beck a finales de la década de los 70 (Beck et al., 1979).

La terapia cognitiva de la depresión se basó en un modelo teórico de diátesis-estrés a partir del cual el grupo de Beck postuló que la depresión era originada por esquemas depresógenos latentes que se activaban por sucesos vitales negativos (por estresores). Esta activación de los esquemas sería la responsable del sesgo en el procesamiento de la información al percibir los sucesos como pérdidas o privaciones, por lo que los esquemas producirían distorsiones cognitivas que mantendrían el estado de ánimo depresivo al transformar la realidad conforme a los esquemas negativos. A su vez, las distorsiones producirían actitudes y creencias que inducen a percibir el mundo, el futuro y a sí mismo de forma negativa, lo que se conoce como la “triada cognitiva”. Esta tríada cognitiva llevaría a los pensamientos negativos, tanto a los automáticos como a los conscientes, siendo la causa suficiente próxima de los síntomas depresivos y la causa antecedente más próxima de la depresión. En otras palabras, la explicación de la depresión serían las cogniciones disfuncionales y las creencias fundamentales, al llevar a las personas a los estados de ánimo negativos y a las conductas de evitación (Beck, 1970).

Si bien las teorías conductuales de la depresión se vieron perjudicadas a la par que mejoraban las cognitivas, la incorporación de la activación conductual en el trabajo de Beck y sus colegas proporcionó algunos aspectos positivos a la Activación Conductual tales como dotar de un carácter formal a las principales estrategias de la activación conductual, formalizando un método de monitorización y planificación de las actividades, y la divulgación de la

Activación Conductual, haciendo que cada vez fuera más conocida entre la comunidad clínica (Martell et al., 2001).

En suma, en los orígenes de la activación conductual encontramos cinco autores: Skinner, Ferster, Lewinsohn, Rehm y Beck. El primero de estos fue el precursor, cuyas aportaciones, de 1938, se relacionan con la forma en la que los factores ambientales influyen en el comportamiento. Así, un comportamiento tendrá más posibilidades de repetirse si su consecuencia genera refuerzo, y menos si la misma conduce a castigo. Ya a principios de los años 70, Ferster propuso un enfoque operante afirmando que los depresivos se caracterizan por una pérdida de actividades y por un menor número de conductas reforzadas positivamente y mayor de las de evitación y escape. Por ello, propuso analizar la función que tienen las conductas. En los mismos años 70, Lewinsohn declaraba que la depresión se caracteriza por pérdidas, reducciones o niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo de respuesta contingente (RCPR) que incluye déficits en habilidades sociales y alta tasa de castigo al influir en la capacidad de disfrutar de situaciones gratificantes. De sus postulados teóricos propuso un tratamiento conductual para la depresión que incluía la programación y seguimiento de actividades. Por su parte, Rehm estableció una relación entre los síntomas depresivos de las personas y el autocontrol, de forma que existirían en este último seis déficits, dándose uno o más de estos en las depresiones. El autor, a partir de sus teorías, propuso la Terapia de autocontrol. Por último, Beck, también desde finales de los 70, abogó por un modelo teórico de diátesis-estrés para la depresión. En este modelo, que reemplazó a los enfoques conductuales tradicionales de esa época, se postula que la depresión se produce porque los esquemas depresógenos latentes activan sucesos vitales negativos, derivando en la Teoría cognitiva o Teoría cognitivo-conductual (TCC) de la depresión.

2.2.2. Los cuestionamientos en los orígenes de la activación conductual

En la década de los 90 resurgió el interés por las teorías conductuales de la depresión, lo que derivó en la reformulación de teorías más desarrolladas. Estos cuestionamientos tuvieron lugar fundamentalmente por tres motivos. Primero, por el complemento del análisis conductual clínico al análisis conductual aplicado, que incorporaba un análisis de los factores de mantenimiento del trastorno depresivo, con investigaciones teóricas y empíricas y desarrollos de intervenciones relacionadas con el tratamiento ambulatorio psicoterapéutico de la depresión (Kanter, Cautilli, Busch, & Baruch, 2005). Segundo, por los desarrollos socioeconómicos e inquietudes profesionales, como por ejemplo las derivadas de asociaciones de cuidados comunitarios que emitían la necesidad del desarrollo y uso de intervenciones psicosociales más breves y de validez empírica contrastada (Peak & Barusch, 1999). Y tercero, por los estudios de análisis de componentes de varios tratamientos para la depresión, entre los que se encontraban la Activación Conductual (AC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC).

En este último aspecto tuvo una especial importancia el estudio a gran escala de los análisis de componentes de la Terapia cognitiva-conductual (TCC) para la depresión, conocido como estudio de desmantelamiento realizado por Jacobson y sus colegas, cuyos resultados fueron cuanto menos sorprendentes (Jacobson et al., 1996). En el citado estudio se realizó un análisis de componentes activos de la TCC para investigar la teoría del cambio tal y como fue formulada por Beck y sus colegas en la Teoría cognitiva de la depresión (Beck et al., 1979), en la que postulaba que el ingrediente activo del cambio son las estructuras cognitivas. El objetivo principal del citado estudio fue evaluar los resultados a corto y largo plazo de tres formas específicas de tratamiento para la depresión en adultos: uno que incluía sólo el componente

de la programación de actividades, denominada por el propio Jacobson como *behavioral activation (condition BA)* (condición activación conductual –AC–); otro que incluía tanto el componente de la activación conductual (condición AC) como la modificación de pensamientos disfuncionales, cuya única prohibición consistía en no trabajar en las creencias fundamentales subyacentes o esquemas *Activation and the modification of dysfunctional thoughts (AT condition)* (condición activación y modificación de pensamientos disfuncionales –AT–); y un tercero que se correspondía con la terapia cognitiva completa de la depresión, en la que se incluían tanto las condiciones AC y AT como la identificación y modificación de los esquemas depresivos centrales *CT treatment (CT condition)* (condición tratamiento –TC–). La muestra estuvo compuesta por 151 adultos con depresión mayor, 110 mujeres y 42 hombres, de los cuales la terapia fue completada por 137. Las tres condiciones de tratamiento fueron impartidas por terapeutas cognitivo-conductuales experimentados y los efectos fueron evaluados a los 6, 12, 18 y 24 meses. De los intervalos evaluados el estudio mostró únicamente los resultados de los efectos inmediatos y del seguimiento a los 6 meses, al no haber transcurrido el tiempo necesario para obtener los datos de los otros dos seguimientos. Los resultados del estudio mostraron, en primer lugar, que no había pruebas que indicaran que la Terapia cognitiva (condición CT) fuera más eficaz que cualquiera de los componentes. En segundo lugar, que la Terapia de activación conductual (condición activación conductual –AC–) era igual en eficacia que la más completa versión de la Terapia cognitiva. En tercer lugar, que ambos grupos de componentes (activación conductual y modificación de pensamientos disfuncionales –AT–) mejoraron tanto como los que recibieron la intervención dirigida a modificar las estructuras cognitivas, específicamente los esquemas básicos y las suposiciones subyacentes. En cuarto y último lugar, que los cambios en un aspecto que esperaba verse en la mejora de la depresión en la condición de la

Terapia cognitiva, en concreto en el estilo atribucional, se produjeron en mayor medida por la disminución de la depresión en la condición de activación conductual. En otras palabras, no había diferencias significativas entre los tres tipos de tratamiento, por lo que los tres eran igual de eficaces para el abordaje de la depresión. En el resumen final del estudio, los autores añadieron una última idea en la que indicaron que los tratamientos AC y AT eran más parsimoniosos que la TC y posiblemente más accesibles a un mayor número de terapeutas menos experimentados e incluso terapeutas profesionales afines a la profesión, es decir “para-profesionales” o, en su idioma original: *paraprofessional therapists* (Jacobson et al., 1996).

Cabe decir que los resultados del trabajo de Jacobson fueron similares a los que se obtuvieron en el estudio anteriormente mencionado, de finales de los años 70 del grupo de Lewinsohn, en el que tal y como se indicó con anterioridad, se realizó una comparación de tres tratamientos: habilidades sociales, activación conductual y tratamiento cognitivo, cuyos resultados reflejaron la no existencia de diferencias significativas entre los tres tratamientos y que los tres mejoraron por igual la depresión de las personas que conformaron el estudio (Zeiss et al., 1979).

Como cabía esperar, dos años después del estudio comparativo original del grupo de Jacobson se publicaron los datos del estudio de seguimiento de 24 meses de la comparación entre los tres tratamientos: la Terapia cognitiva-conductual completa para la depresión (TCC) y sus dos componentes principales, la Activación Conductual (AC) y la activación conductual con la modificación de pensamientos automáticos (AT). La muestra estuvo formada por los mismos 137 adultos con depresión mayor que completaron el primer estudio. El objetivo principal de este estudio de seguimiento era examinar la potencial prevención de recaídas de los tres tratamientos TC, AC y AT, que

fue evaluado a través de las tasas de recaída, el número de semanas asintomáticos o mínimamente asintomáticos, y los tiempos de supervivencia hasta la recaída. En este sentido, recordemos que el resultado más llamativo de los mostrados en el estudio original de Jacobson fue que no se encontraron diferencias significativas entre los tres tratamientos, por lo que en este otro estudio de seguimiento el fin último era comprobar los resultados en la prevención de recaídas, dado que la teoría cognitiva de la depresión sugería que la modificación del esquema disfuncional tenía sus mayores beneficios en la prevención de recaídas y el propósito fundamental del tratamiento cognitivo-conductual era producir cambios en el concepto de la denominada “tríada cognitiva de Beck”, esto es, en la forma en la que los depresivos se ven a sí mismos, su mundo y su futuro. Así, el efecto principal de la teoría de Beck no se obtenía en el tratamiento a corto plazo sino a largo plazo. Sin embargo, los resultados del presente estudio mostraron, en primer lugar, que no había diferencias significativas a largo plazo entre los tres tratamientos y, en segundo lugar, que las tres condiciones de tratamiento eran prácticamente idénticas tanto en los porcentajes de recuperación y recaída como en el número de semanas asintomáticas o mínimamente asintomáticas y en el tiempo de supervivencia hasta la recaída. En otras palabras, el paquete completo de TCC no fue más eficaz en la prevención de la recaída depresiva que los otros dos componentes (Gortner et al., 1998).

Entre las conclusiones a las que llegó el grupo de Jacobson a partir de los resultados de ambos estudios, tanto el original como el de seguimiento, se encuentra por un lado la idea de que la inclusión de las intervenciones cognitivas no tenía ningún efecto positivo aditivo en la respuesta al tratamiento, ya fuera en el agudo (corto plazo) o en la prevención de recaídas (largo plazo); por otro lado, que al ser igual de eficaz la TCC que los otros dos componentes, no había razón de más para incluir estrategias cognitivas en el

tratamiento de la depresión, ya que eran suficientes las estrategias estrictamente de AC; y por último, que la AC era el tratamiento más eficaz dado que la AC conllevaba un menor número de opciones de intervención que la TCC, era un tratamiento relativamente sencillo, especialmente adecuado para asistentes de terapeutas o para tratamiento auto-administrado y más económico (Gortner et al., 1998).

En este sentido, al comparar los estudios de análisis de componentes de ambos grupos de investigación, el de Jacobson (Jacobson et al., 1996) y el de Lewinsohn (Zeiss et al., 1979), se observa que en ambos trabajos se contrastaron componentes activos de tratamiento con cada uno de ellos y que todos eran igualmente efectivos. Sin embargo, en el estudio de Jacobson, a diferencia del de Lewinsohn, se utilizó un diseño aditivo en el que se añadieron las técnicas cognitivas para técnicas conductuales, lo que permitió a Jacobson concluir que la adición de técnicas cognitivas a la AC no hacía nada para mejorar los resultados al final del tratamiento, ni a corto plazo, ni a largo plazo, y que las técnicas de AC eran iguales en eficacia pero superiores en eficiencia y en facilidad de entrenamiento, por lo que debía promoverse la AC (Kanter, Manos, et al., 2010), mientras que, tal y como se ha indicado con anterioridad en el apartado correspondiente a Lewinsohn, la interpretación de este último fue que se debían combinar ambas intervenciones.

Otra investigación que de igual modo contribuyó al cuestionamiento de la eficacia de los tratamientos de la depresión insertos en la década de los 90 es la del estudio multicéntrico del NIMH del programa TDCRP, que, a través de un diseño factorial 3x4 llevado a cabo en tres centros de investigación, pusieron a prueba el papel de cuatro condiciones de tratamiento para la depresión: la Terapia cognitivo-conductual (TCC), la Psicoterapia interpersonal (TIP), los antidepresivos (imipramina) con manejo clínico (IMI-CM) y el

placebo con manejo clínico (PLA-CM). El objetivo principal del análisis fue comprobar si existía una diferencia en la eficacia de los tratamientos que dependiera de la gravedad inicial de la depresión, para lo que se utilizó una muestra de 250 adultos con depresión mayor en situación ambulatoria que fueron asignados al azar a cada una de las condiciones. Entre los resultados del estudio se encontraron varias conclusiones. En primer lugar, se confirmó la importancia de la gravedad inicial del trastorno depresivo en la respuesta diferencial al final del tratamiento, es decir, se comprobó la interacción entre la gravedad y el tiempo de tratamiento. En segundo lugar, no hubo diferencias significativas entre las condiciones de tratamiento para los de menor gravedad de la depresión. En tercer lugar, y como resultado sorprendente, se comprobó que tanto la condición de antidepresivos y manejo clínico, como la psicoterapia interpersonal fueron superiores a la terapia cognitivo-conductual en los depresivos de mayor gravedad. En cuarto lugar, se observó que dependiendo del criterio de medida utilizado para conocer la gravedad de la depresión - sintomatología depresiva o deterioro del funcionamiento- los antidepresivos y manejo clínico superaban a la psicoterapia interpersonal cuando el criterio era el sintomático, o viceversa cuando el criterio era el funcionamiento. En quinto y último lugar, como resultado también destacado, se señaló que al final del tratamiento no había evidencia de la eficacia específica de la terapia cognitivo-conductual en comparación con el placebo (Elkin et al., 1995).

Los resultados de los estudios de análisis de componentes, incluyendo el realizado por el NIHM, fueron recibidos por la comunidad científica con escepticismo y cautela en los mejores casos. En otros, fueron criticados y rechazados por algunos defensores de la terapia cognitiva a través de informes verbales de segunda mano, revisiones anónimas e incluso por discusiones en reuniones científicas, aludiendo defectos metodológicos en tales estudios, tal y como se observa a partir de un artículo que los propios autores del estudio

original de los análisis de componentes de las terapias y del seguimiento que realizaron en respuesta a las mismas. Entre estas respuestas se confirma que es necesario reproducir los estudios para asegurar que la terapia cognitiva sea realizada de forma tan eficiente que los resultados no ofrezcan lugar a dudas (Jacobson & Gortner, 2000).

2.2.3. Versiones actuales de tratamientos para la depresión basados en la activación conductual

Los hallazgos de los estudios de los análisis de componentes de las terapias y las necesidades clínicas de la época en el abordaje de la depresión propiciaron avances en el nuevo milenio en dos grupos de estudio independientes pero coetáneos en el tiempo, el de Jacobson y el de Lejuez, que ofrecieron propuestas de tratamiento para la depresión basadas en la activación conductual.

El grupo de Jacobson y sus colegas reformularon y ampliaron la activación conductual tal y como se conocía hasta la fecha (Jacobson et al., 2001), hasta terminar desarrollando un paquete de tratamiento completo de activación conductual para la depresión basado en los planteamientos funcionales de la terapia de conducta, conocido por las siglas BA (Martell et al., 2001), que sostenía que los factores ambientales, en lugar de los internos como las cogniciones, eran una explicación más eficiente para la depresión, cuyos objetivos de intervención eran más eficaces (Santiago-Rivera et al., 2008). El grupo de Jacobson, con Christopher Martell en cabeza, había creado la denominada “Terapia de Activación Conductual” publicada en el libro *Depression in context: Strategies for guided action* (Depresión en contexto: Estrategias para una acción guiada) (Martell et al., 2001), que posteriormente fue revisada en la elaboración del manual de tratamiento titulado *Behavioral*

Activation for Depression: A Clinician's Guide (Activación Conductual para la depresión: Una guía clínica) (Martell et al., 2010; trad. en Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013). Por diversos motivos, esta versión de tratamiento de activación conductual se incluyó en lo que Steven Hayes denominó “terapias conductuales de tercera generación o tercera ola” (Hayes, 2004; Hayes, Follete, & Linehan, 2004): entre esos motivos se encuentran un menor énfasis en el cambio cognitivo, la disposición de un planteamiento contextual, la aparición de revisiones y elaboraciones de las teorías del comportamiento anteriores y, el hecho de que hace hincapié en procesos de atención plena y aceptación (Kanter, Manos, Busch, & Rusch, 2008).

Por su parte, el grupo de Lejuez y sus colegas también desarrollaron un protocolo de tratamiento para la depresión, conocido por las siglas BATD, basado en la activación conductual, que incluye la programación de la actividad y otras técnicas conductuales en el marco de la ley de igualación de Richard Herrnstein. Esta ley sugiere que la tasa relativa para una alternativa de respuesta es igual a la tasa relativa de reforzamiento para esa alternativa (Herrnstein, 1970), que en depresión se traduciría en que la frecuencia de comportamientos depresivos en comparación con los no depresivos, es proporcional al valor de refuerzo de los comportamientos depresivos frente a los no depresivos. En otras palabras, que en los comportamientos deprimidos y no deprimidos en depresión, deben tenerse en cuenta tanto los refuerzos positivos como los negativos (Kanter, Manos, et al., 2010).

Por tanto, al igual que el grupo de Jacobson, el de Lejuez también había creado un tratamiento completo para la depresión basado en la activación conductual, que fue publicado en el manual titulado *A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual* (Un tratamiento de activación conductual breve para la depresión. Manual de tratamiento) (Lejuez, Hopko, &

Hopko, 2001; Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001), el cual fue revisado y ampliado diez años más tarde con el título *Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual* (Diez años de revisión del tratamiento de activación conductual breve para la depresión) (Lejuez et al., 2011), cuya traducción al español fue publicada en 2016 en colaboración con el propio Lejuez (Maero & Quintero, 2016).

Por otro lado, en el año 2009, otro grupo de investigación encabezado por Jonathan Kanter ofreció una última propuesta de tratamiento para la depresión basada en la activación conductual, a la que nos referiremos como Híbrida, tal y como ha sido denominada en un reciente artículo del propio autor (Kanter et al., 2015). La propuesta se publicó bajo el título *Behavioral Activation: Distinctive Features* (Activación conductual: Refuerzos positivos ante la depresión) (Kanter et al., 2009b; trad. en Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

Además de las traducciones al español indicadas, existe un libro publicado en 2015 sobre la activación conductual para el tratamiento de la depresión en la que se trata la BA de Martell incluyendo aspectos adicionales como las dificultades que pueden encontrarse en la puesta en práctica de la terapia, así como la finalización y prevención de recaídas (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).

2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIANTES DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Hoy día se encuentran en uso al menos cinco versiones de tratamiento de Activación Conductual para la depresión, a saber:

- 1) La versión temprana de la terapia de Lewinsohn y colaboradores cuyas publicaciones datan desde 1978 hasta 1995 (Lewinsohn et al., 1984; Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn et al., 1978), con intervenciones tanto en formato individual como grupal (Lewinsohn et al., 1978; Lewinsohn et al., 1984) que cuenta con la edición revisada del formato individual (Lewinsohn, Muñoz, Youngren, & Zeiss, 1992).
- 2) El programa de actividades agradables basado en Lewinsohn que fue integrado en el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión de Beck de finales de la década de los 70 (Beck et al., 1979).
- 3) La Terapia de Activación Conductual (AC) de Jacobson con Martell como autor principal del principio del siglo veintiuno (Martell et al., 2001), con su posterior edición revisada (Martell et al., 2010).
- 4) El Tratamiento de Activación Conductual Breve para la depresión (BATD) de Lejuez también de principios del siglo veintiuno (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001), con su edición revisada (BATD-r) (Lejuez et al., 2011).
- 5) La Terapia Híbrida de activación conductual de Kanter de finales de la primera década del siglo XXI (Kanter et al., 2009b).

A continuación, serán descritas cada una de ellas.

2.3.1. La activación conductual en la terapia de Lewinsohn para la depresión

La terapia de Lewinsohn para la depresión fue desarrollada en base a la teoría funcional de la depresión (elaborada por el mismo autor), a partir de la cual la depresión sería función de las bajas tasas de refuerzo positivo de respuesta contingente y de inadecuadas o deficitarias habilidades sociales. En otras palabras, el modelo teórico que sustentaba la terapia presentaba la depresión como el producto de una disminución del comportamiento que producía secuelas naturales tales como humor triste, anhedonia y otras reacciones emocionales disfóricas causadas por las pérdidas o reducciones de niveles crónicamente bajos de refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974a). A partir de este modelo, Lewinsohn y colaboradores desarrollaron manuales de tratamiento independientes para la programación de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva y compararon los tres componentes con un grupo en lista de espera. Los tres componentes mostraron mejores resultados que el grupo en lista de espera, pero no se observó la existencia de diferencias entre los tratamientos. A partir de los resultados, Lewinsohn concluyó que los tres tratamientos deberían agruparse en una propuesta integral de intervención cognitivo-conductual (Zeiss et al., 1979).

Esta propuesta de tratamiento se centró, por un lado, en un programa de actividades agradables para incrementar los niveles de refuerzo positivo y, por otro lado, en el entrenamiento de habilidades sociales para aumentar las habilidades de la persona en obtener y mantener el refuerzo positivo. La propuesta fue publicada en el libro de terapia *Control your depression (Controle su depresión)* para el formato individual (Lewinsohn et al., 1978), y, posteriormente,

en el manual de terapia *The coping with depression course* (*Curso para el afrontamiento de la depresión*) para el formato grupal (Lewinsohn et al., 1984).

De estas dos terapias se realiza aquí una breve descripción parcial únicamente de la del formato individual debido a dos motivos: uno, la del formato grupal está basada en la individual, y, dos, esta última cuenta con una edición revisada más actual. Así, la terapia individual, publicada bajo el título *Control your depression, revised and updated* (Lewinsohn et al., 1992), tiene como premisa inicial que cada persona experimenta la depresión a través de un conjunto único de problemas. En esta terapia se evalúa cómo la persona experimenta la depresión; se identifican sus problemas. También se determina cuál o cuáles de ellos se relacionan con la depresión, se ayuda a decidir la importancia de cada uno de estos problemas y, finalmente, se abordan. Para este último proceso se utilizan una serie de estrategias y técnicas tales como la relajación, las actividades agradables, las habilidades sociales y el control de los pensamientos, entre otras.

En el citado libro aparece descrita en primer lugar la técnica de “relajación”, que consiste en un entrenamiento utilizado para aprender a relajarse con el método desarrollado por Herbert Benson (Benson & Klipper, 1975) y que incluye varias acciones: establecer una línea base de tensión previamente, realizar el entrenamiento de la relajación en cinco pasos, dar la recomendación de practicarla durante diez a veinte minutos una o dos veces al día y evaluar el progreso de la relajación.

La siguiente estrategia es la denominada “actividades agradables”, que tiene dos propósitos: uno, evaluar el grado en el que el número de actividades agradables y la frecuencia de realización de las mismas contribuyen en la depresión, y, dos, desarrollar y realizar un plan de cambio para aumentar el número de actividades agradables que pueda llevar a cabo. La aplicación de la

estrategia se inicia con una breve explicación de la relación entre la depresión y las actividades agradables, los tipos de actividades agradables y el número que se recomienda incorporar en un plan personalizado para ser realizadas en función de los resultados de la evaluación que, previamente, debe hacerse. Así, primeramente, se utiliza la Agenda/listado de Eventos Placenteros (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972, 1976), que incluye 320 actividades que deben valorarse en función de lo agradables que se consideren y clasificarse dependiendo de si la finalidad de las mismas es la interacción agradable con otros, el sentido de competencia y utilidad o las emociones opuestas a las depresivas.

Posteriormente, se desarrolla un plan de actividad de agrado y frecuencia, se realizan una serie de cálculos para conocer el tipo de patrón de actividad que le corresponde a la persona y se proponen las actividades a realizar teniendo en cuenta el patrón asignado que puede ser aumentar las actividades agradables, el disfrute de las mismas o el placer de las que realiza y, posteriormente, incrementar la frecuencia, incluyendo actividades nuevas. Una vez obtenidos los datos se seleccionan cien actividades que cumplan los criterios establecidos tanto del tipo de actividades como del patrón asignado y el agrado y frecuencia de las actividades para finalmente pasar a realizar las que más se ajusten a esos criterios durante dos semanas. En este periodo se debe auto-observar la variación del nivel del estado de ánimo en función de la frecuencia de realización de las actividades, con la finalidad de elaborar un plan de actividades que incluya el aumento de la frecuencia de aquellas que más hayan influido en su mejora.

Para la elaboración del plan, también, deben tenerse en cuenta ciertas pautas tales como determinar metas específicas estableciendo un objetivo modesto, es decir, incluir aquellas actividades simples que puedan ser realizadas

con éxito, también auto-recompensarse cuando se consiga realizar una serie de actividades diarias o semanales, o bien sean complejas, y evaluarse observando si se logran los objetivos de realización de las actividades y si se está consiguiendo mejorar el estado de ánimo, entre otras.

La tercera estrategia que aparece en la terapia es el “entrenamiento en habilidades sociales”, en la que se sugieren técnicas que se centran en cambiar el comportamiento para obtener respuestas más positivas de los otros en las interacciones. Las habilidades sociales que se abordan consisten en ayudar a aprender tanto nuevas habilidades como recuperar aquellas que ya no se utilizan a través de un entrenamiento que incluye, por un lado, evaluar e integrar la asertividad en la vida diaria y la enseñanza de un método para aprender a ser más asertivo y, por otro lado, desarrollar una lista de entre cinco a diez situaciones sociales problemáticas que se trabajan para mejorarlas, además de practicar la asertividad en la imaginación y de transferir lo aprendido a contextos reales. Finalmente, se evalúa el progreso, se analiza el impacto que tenemos en los demás para corregir los aspectos negativos y se ayuda a crear nuevos entornos sociales.

El resto de estrategias incluidas en la terapia de Lewinsohn, tales como el control de los pensamientos, pensamiento constructivo, auto-instrucciones para ser su propio entrenador, mantenimiento de las ganancias, adecuación y modificación del estilo de personalidad y planear el futuro, no se describen en el presente trabajo al no pertenecer a la terapia de Activación Conductual propiamente como tal.

2.3.2. La activación conductual en la terapia cognitiva de la depresión de Beck

La terapia para la depresión desarrollada a partir de las teorías de Beck y sus colegas se creó con el objetivo de modificar las actitudes disfuncionales y las interpretaciones y cogniciones auto-destructivas, identificándolas y reconociendo la relación entre los pensamientos, los subsiguientes sentimientos negativos y los comportamientos disfuncionales que les siguen (Kovacs & Beck, 1978). Esta terapia incluía técnicas cognitivas y conductuales, si bien tenía un carácter preferencial eminentemente cognitivo. Las estrategias de activación conductual se incluyeron en el tratamiento como un componente de la terapia cognitiva para la depresión, llegando a definirse la activación conductual como “un grupo de medidas clínicas utilizadas en la terapia cognitiva para la depresión” (Hollon & Garber, 1990; cit. en Sudak, Majeed, & Youngman, 2014). El fin último de las técnicas conductuales sería producir un cambio en las actitudes negativas (Beck et al., 1979). Por consiguiente, los principales objetivos de la terapia serían suprimir o eliminar los síntomas depresivos, y evitar las recaídas. La finalidad de la terapia a largo plazo sería generar las habilidades necesarias para que las personas deprimidas aprendieran a corregir las distorsiones cognitivas e incorporar actitudes más racionales y adaptativas.

Cuando se observa con más detalle la terapia cognitiva de Beck para la depresión puede decirse que es un procedimiento directivo y estructurado que integra estrategias cognitivas y conductuales, con énfasis en las primeras, y que generalmente incluye entre 15 y 20 sesiones aplicadas una vez por semana, pudiendo ampliarse tanto el número de sesiones como la frecuencia de aplicación en las depresiones más graves.

Las principales fases de la terapia son tres. Una primera de intervención preliminar en la que se utilizan las técnicas conductuales, a través de ejercicios graduados y planes de actividad. Una segunda fase consta de intervención cognitiva en la que se identifican los pensamientos automáticos, se generan ideas alternativas y se ponen a prueba con ejercicios de pruebas de realidad. La tercera fase se compone de la modificación de los supuestos o esquemas disfuncionales en la que se identifican temas recurrentes en la persona, se relacionan los esquemas con las distorsiones cognitivas y se modifican los esquemas con experimentos, pruebas de realidad y otras técnicas.

Los objetivos de las técnicas cognitivas en la terapia serían identificar, poner a prueba y modificar el contenido de los pensamientos negativos, falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos y el modo de comprender e interpretar los ideales para modificar la tendencia a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos.

Por otra parte, los objetivos de las técnicas conductuales serían intervenir en la pasividad inicial de las personas deprimidas aumentando la motivación de continuar la terapia e incrementando la mejora del estado de ánimo, proporcionando una fuente de reforzadores y evaluar los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones que los mantienen, a la vez que los resultados de las actividades programadas se utilizan para desafiarlos. Cabe decir que los métodos conductuales en la terapia de Beck se consideran más efectivos que los cognitivos en contrarrestar la inercia y movilizar hacia la actividad constructiva y se utilizan como experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas de inadecuación e incompetencia de la persona deprimida. Estas técnicas conductuales se incluyen en el capítulo siete del libro *Cognitive Therapy of Depression (Terapia Cognitiva para la Depresión)*, de Beck y colaboradores, publicado a finales de la década de los 70 (Beck et al., 1979). La

utilización de éstas se recomienda en las primeras fases de la terapia y en las personas con depresión más grave, con la especial indicación de prestar más atención en esas fases a las técnicas de programación de actividades, asignación de tareas graduadas y práctica cognitiva, que a la identificación y modificación de las cogniciones inadecuadas.

La aplicación de las mismas se describe siguiendo un orden:

- 1) Programación de actividades.
- 2) Técnicas de dominio y agrado.
- 3) Asignación de tareas graduales.
- 4) Práctica cognitiva.
- 5) Entrenamiento en asertividad y role-playing.

Las tres primeras técnicas tienen los objetivos de abordar la pasividad e inactividad, compensar la escasa motivación, reflejar los pensamientos automáticos que suelen causar la pasividad inicial e intervenir en la preocupación sobre las ideas depresivas (rumiación) de las personas deprimidas.

En la técnica de la Programación de actividades se ofrece la fundamentación teórica de la misma, haciendo hincapié en la idea de que la inactividad aumenta los pensamientos negativos así como la disforia y se procede a determinar una serie de actividades que realizará la persona durante la siguiente semana. Estas actividades tienen la característica de ser potencialmente agradables y se seleccionan en colaboración con el terapeuta de entre las diversas actividades que aparecen en el *Reinforcement Survey Schedule* (Cuestionario de Refuerzos) de Cautela & Kastenbaum (1967) o el *Pleasant Events Schedule* (Agenda/listado de Eventos Agradables) de Lewinsohn (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972, 1976), o bien las elige y asigna el propio terapeuta. Con las actividades seleccionadas se elabora un programa semanal

que incluye la selección de las actividades diarias a realizar, de forma que el tiempo de los días de la semana quede ocupado hora tras hora. Finalmente, se le ofrece la consigna de probar un plan de experimento que incluye llevar a cabo las actividades, comprometiéndose a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras realiza cada una de las actividades, recalcando que el objetivo es intentar cumplirlo y no tanto la mejora de la sintomatología. Además, se le indican una serie de principios tales como que si no tiene éxito debe recordar que lo verdaderamente importante es intentar hacerlo y que anotar las actividades hora a hora sirve tanto para organizar el día, estructurando así las horas y los días, como para analizar sus actividades diarias. Asimismo, se le anima a que observe y registre cualquier idea negativa durante la realización de las mismas, entre otros.

Por su parte, las técnicas de dominio y agrado consisten en valorar cada una de las actividades que realiza según el dominio y agrado que considera en una escala de 0 a 5 puntos, donde el cero indica nulo y cinco el máximo. Con ello se induce a la persona a identificar los éxitos parciales y los niveles altos y bajos de agrado. Además, los resultados de esta técnica sirven para identificar y corregir las distorsiones cognitivas. Para ello se le explica que el dominio y agrado pueden ser independientes, y lo que se entiende por cada uno de esos términos. Así el “dominio” se refiere a la dificultad que supone la actividad según el estado actual que tiene y no el estado ideal y el “agrado” tendría que ver con los sentimientos de placer, diversión o alegría que ha experimentado.

En cuanto a la asignación de tareas graduales, Beck indica que sigue las pautas de Golfried sobre la comunicación personal de 1974, a partir de las cuales las actividades asignadas para ser realizadas se ajustan a una serie de características o criterios entre los que se encuentran: 1) que se deben analizar las reacciones de iniciar proyectos sencillos prestando especial atención a las

creencias de incapacidad; 2) que deberán ser tareas agradables; 3) que las actividades complejas deben ser divididas en pasos o partes más pequeñas y comenzar a realizar las más pequeñas; 4) que deben ser elaboradas a partir de objetivos modestos para asegurar el éxito; y, 5) que cada uno de los logros se comenten para asimilar el éxito. Además, se puntualiza que lo importante es conocer cuánto puede realizar, teniendo en cuenta que los fracasos sirven para ajustar otras actividades, por lo que son positivos y que es importante conocer lo que piensa acerca de la calidad de sus ejecuciones.

Otra técnica conductual que forma parte de la terapia cognitiva de Beck es la práctica cognitiva en la que la persona debe imaginar los pasos o partes que conforman las actividades y describirlas, prestando atención a los detalles importantes de las actividades. De esta forma la persona puede obtener información relacionada con los posibles obstáculos tanto conductuales como emocionales y ambientales que puede encontrar, con el objetivo de prevenirlos o afrontarlos antes de llevar a cabo las actividades en el contexto real. Con ello se persigue evitar la tendencia a la divagación así como la escasa concentración de las personas deprimidas.

Finalmente, el entrenamiento en asertividad y role-playing son las últimas estrategias conductuales que forman parte de la terapia cognitiva de Beck. Éstas consisten en entrenar en habilidades sociales específicas con técnicas como la imitación, el modelado, el ensayo de conductas, la práctica cognitiva y el role-playing, entre otras. Los objetivos de estas técnicas son modificar creencias y pensamientos negativos, evaluar las cogniciones que pueden interferir con las ejecuciones conductuales, mostrar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones y ofrecer un punto de vista alternativo.

2.3.3. La Terapia de Activación Conductual para la depresión (BA) de Jacobson-Martell

Esta terapia se conoce en la literatura científica como BA de Martell y fue desarrollada para potenciar la aplicación de un tratamiento analítico funcional, bajo una filosofía contextual (Jacobson, 1994; Pepper, 1942; cit. en Jacobson et al., 2001) y una teoría conductual de la depresión (Ferster, 1973; cit. en Jacobson et al., 2001) en la que la depresión no se considera una enfermedad puramente médica, sino que da importancia al contexto, mirando fuera del organismo para establecer las relaciones entre el comportamiento y el medio ambiente (Jacobson, 1997).

El enfoque teórico de BA no niega la presencia de vulnerabilidad genética o biológica en la depresión, pero sugiere que centrarse exclusivamente en la biología ignora diversos factores contextuales potencialmente importantes en el inicio y mantenimiento de la depresión. También se basa en la idea de que la depresión difiere de una persona a otra tanto en el tipo como en el grado, por lo que, para la mayoría de las personas vulnerables, el riesgo de depresión se explica en la experiencia de vida (Jacobson et al., 2001). A partir de este punto, los factores causales críticos serían las circunstancias adversas de la vida y las respuestas de las personas a tales circunstancias. Por consiguiente, los elementos principales de la depresión son la función del medio ambiente y la historia de aprendizaje, es decir, la historia personal. Estos factores desencadenantes de cualquier episodio depresivo, pueden ser localizados con mayor eficacia en la vida de la persona, y no en las posibles deficiencias que pudiera haber dentro de esa persona (Dill & Anderson, 1999; Holahan, Moos, & Bonin, 1999).

El modelo teórico considera que el inicio de la depresión es consecuencia de eventos negativos, como por ejemplo estrés familiar o laboral,

cuya respuesta es un estado deprimido con síntomas como tristeza, desesperación, etc., lo que conduce a intentar reducir las alteraciones emocionales, y es aquí donde se inicia el círculo vicioso de la depresión: para reducir la experiencia aversiva se utilizan estrategias de escape y evitación en las que se adoptan conductas como las rumiaciones negativas sobre el malestar, la huida y evitación de las experiencias aversivas que reducen el contacto con los potenciales reforzadores del entorno y/o aumenta la experiencia de castigo. Este retraimiento mantiene a la persona bloqueada en una estructura de sentimientos negativos que con el paso del tiempo hacen que de forma progresiva se sienta peor, estando más deprimida y desesperanzada con respecto a la perspectiva de cambio (Martell et al., 2001). En otras palabras, cuando las vidas de las personas tienen un nivel bajo de refuerzo positivo o alto de castigo, la depresión es más probable porque bajo tales circunstancias descubren que sus acciones no dan como resultado nada deseable y en cambio, aprenden a centrarse en cómo evitar un entorno punitivo o librarse de él, es decir, aprenden a retirarse de la vida y dejar de comprometerse. Esto mantiene a la persona bloqueada en la depresión. Los autores utilizan una breve frase a modo de aclaración: “cuanto menos se hace, menos se quiere hacer, menos se hace y los problemas de la vida se afianzan y acumulan” (Jacobson et al., 2001). Esto reduce la capacidad para afrontar futuros episodios que provocan depresión. Algunos autores como Lewinsohn y Beck refieren que esto es la “espiral descendente” (Beck et al., 1979; Lewinsohn, 1974b; Lewinsohn & Graf, 1973; cit. en Jacobson et al., 2001).

La intervención desarrollada a partir del modelo teórico de BA consiste en un paquete de tratamiento estructurado aunque flexible, de una duración de entre 20 y 24 sesiones, basado en la noción de que es la vida de la persona la que puede ser modificada para aliviar la depresión, no las estructuras subyacentes disfuncionales o los déficits de habilidades. Lo fundamental

entonces es la activación, según la idea de que “la clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en ayudarles a cambiar lo que hacen”. Es decir, embarcarse en la acción independientemente de cómo se sientan por dentro, y anticipar que la motivación vendrá después, y no al contrario, siendo por tanto un trabajo de “fuera a dentro” (Jacobson & Gortner, 2000; Martell et al., 2001).

La BA se dirige a los comportamientos de escape y evitación y a los problemas secundarios resultantes, guiando hacia el trabajo de la actividad para aumentar la probabilidad del contacto del refuerzo positivo en su entorno. Este tratamiento consta de una estructura general con varios componentes y se divide en cuatro partes (Martell et al., 2001; Martell et al., 2010):

- 1) Establecimiento de la relación terapéutica y presentación del modelo.
- 2) Desarrollo de los objetivos del tratamiento.
- 3) Realización del análisis funcional.
- 4) Revisión del tratamiento y prevención de recaídas.

A continuación se realiza una breve descripción de cada una de estas partes.

1. El establecimiento de la relación terapéutica y la presentación del modelo se realizan en la primera sesión de terapia. El modelo que se presenta es una breve descripción de las relaciones entre el estado de ánimo, la actividad y el medio ambiente, en el que se destacan aspectos como el círculo vicioso de la depresión, la importancia de la activación en la ruptura de este círculo que lleva asociado una mejora del estado de ánimo y la forma en la que se abordarán los problemas que han precipitado y/o mantenido la depresión. Además se abordan otros cuatro puntos fundamentales:

- a) el mito de que los cambios en el estado de ánimo tengan que ocurrir antes que los cambios en el comportamiento, por lo que se trata de un enfoque “de fuera a dentro”;
- b) la importancia de la activación como elemento central;
- c) la transmisión de una sensación de optimismo hacia el cambio, donde se enfatiza que no hay que esperar a estar mejor para actuar, sino, actuar para estarlo; y
- d) que el papel del terapeuta es el de un consultor o entrenador que trabaja en colaboración con la persona, utilizando estrategias específicas que son individualizadas.

2. En esta parte se identifican tanto los comportamientos secundarios problemáticos, como por ejemplo la inactividad, los patrones de evitación y la interrupción de rutinas que serían una forma de evitación, como las circunstancias de vida mayores que han precipitado y/o mantenido la depresión. Lo primero que se aborda son los comportamientos secundarios y se continúa con las circunstancias de vida mayores, en el caso de que queden algunas por resolver.

3. Para llevar a cabo los objetivos se utiliza el análisis funcional que se realiza en colaboración con la persona deprimida y es la base que guía el curso total del tratamiento. En el mismo se refleja, por un lado, los desencadenantes contextuales para la depresión, observando los contextos ambientales y las historias de aprendizaje que se caracterizan por bajos niveles de refuerzo positivo y/o control aversivo; y, por otro lado, las respuestas que suscitaron tales desencadenantes, entre las que se incluyen los patrones de evitación y las interrupciones de rutinas. Para ayudar a identificar los desencadenantes y las respuestas asociadas se intenta responder una serie de preguntas, tales como ¿qué provocó la depresión?, ¿qué síntomas depresivos específicos está

experimentando?, ¿en qué medida los patrones de evitación exacerbaban la depresión?, y otras. Una vez realizado el análisis funcional, se prosigue con la utilización de las estrategias específicas del tratamiento que se presentan a continuación:

- a) Activación centrada: se analizan las actividades presentes para determinar aquellas en las que la persona cree que sería útil participar, las seleccionadas se realizan acorde a un plan, se anota el seguimiento de las mismas en registros de actividad, escalas de monitoreo de dominio y placer y en informes de agendas. Finalmente, se realiza un análisis minucioso de los datos de seguimiento para establecer qué actividades reflejan un cambio del estado de ánimo y se observan las variables contextuales que han podido influir en el cambio.
- b) Asignación de tareas graduales: las actividades que se realizan siguen el formato de asignación gradual a través del cual las mismas aumentan la dificultad de forma progresiva para mover a las personas de forma gradual hacia la completa participación en aquellas que tienen mayor probabilidad de reforzar positivamente, continuar con la actividad y mejorar el estado de ánimo. Se tiene en cuenta dividir las actividades en componentes más manejables ya que la consecución y éxito de cada componente aumenta la probabilidad de completar los otros componentes. Esta técnica suele utilizarse, primeramente, en sesión por medio del ensayo mental con el fin de anticipar cualquier obstáculo que pueda surgir antes de realizarlas en el contexto natural.
- c) Inicio de la espiral ascendente: para modificar la evitación en primer lugar debe conocerse la molestia inmediata que ha producido el comportamiento de evitación, para lo cual se utiliza el

acrónimo TRAP cuya traducción del inglés es “trampa”, explicándole cada una de las siglas: T sería el desencadenante (*Trigger*), R la respuesta depresiva (*Response*) y AP el patrón de evitación (*Avoidance Pattern*). Se completa cada una con el contenido de lo que ocurrió, sintió e hizo la persona. Posteriormente, se le ayuda a elegir conductas de afrontamiento alternativas, utilizando el acrónimo TRAC, donde T sigue siendo el desencadenante (*Trigger*), R es la misma respuesta depresiva (*Response*), pero cambia la evitación (AP) por AC, las respuestas de afrontamiento alternativo (*Alternative Coping*).

- d) Establecimiento de rutinas: consta de estrategias de comportamiento específicas para ayudar a regular las actividades básicas de la vida diaria y/o actividades nuevas potencialmente antidepresivas. Se utilizan los registros de actividad y también pueden incluirse otros métodos conductuales como la relajación. Para establecer rutinas también se utiliza el acrónimo ACTION, que significa “acción”; donde A es evaluar (*Assess*), preguntarse si lo que hace ocasiona que se encuentre más deprimido, si está evitando, por ejemplo; C es elegir (*Choose*) el comportamiento de activación que aumente la probabilidad de mejorar; T es poner en práctica (*Try*) la conducta elegida; I es integrar (*Integrate*) el nuevo comportamiento en su rutina; O es observar (*Observe*) diariamente el resultado preguntándose si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si se mueve en la dirección de sus metas a largo plazo; y N sería un mensaje que sugiere “nunca darse por vencido” (*Never*), y adoptar un enfoque científico de experimentar y volver a intentarlo.

- e) Atención a la experiencia: esta técnica se asigna a personas que se pasan gran parte del tiempo rumiando, ya que ésta interfiere en las actividades que requieren alto grado de implicación. Se busca por tanto, ayudar a dejar de rumiar sobre sus sufrimientos y dudas. En ésta se capacita en la atención a la experiencia como un ejercicio de exposición en el que se le anima a prestar atención al entorno que le rodea y a las actividades en las que está participando. Simplemente se le pide que observe los colores, olores, ruidos, tacto y otros aspectos de las actividades en torno a ella y a evaluar su relación física con otras personas involucradas en estas actividades. Si bien es una técnica dirigida a los pensamientos negativos, se centra en la función de las reflexiones negativas, no en el contenido de los pensamientos.
- f) Superar los obstáculos para el tratamiento: se abordan aspectos que pueden suponer limitaciones en el tratamiento tales como la excesiva pasividad, el incumplimiento de las tareas y la ideación o conducta suicida.

4. En la revisión del tratamiento y prevención de recaídas se identifican los componentes de las conductas anti-depresivas, se ayuda a generalizar lo aprendido a otros contextos y momentos, es decir, a extender la activación a otros contextos de la vida. También, se identifican situaciones de alto riesgo y se prepara un plan de actuación ante éstas, se utilizan sesiones de refuerzo y mantenimiento y se anima a que la persona realice su propia guía sobre lo aprendido en la que se pueden incluir las actividades que han sido útiles así como los registros de actividades y de sus diarios para analizar los cambios, etc.

2.3.4. El Tratamiento de Activación Conductual Breve para la depresión (BATD) de Lejuez

BATD fue desarrollada para dirigirse específicamente a los factores contextuales que afectan al comportamiento, a partir del estudio de una variedad de mecanismos de cambio de la depresión, entre los que la activación es el principal (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001), utilizando como principio rector la ley de igualdad de Herrnstein (Herrnstein, 1961, 1970). Esta ley aplicada a la depresión clínica sugiere que la frecuencia de la conducta depresiva en comparación con la no depresiva es proporcional al valor relativo de refuerzo proporcionado por la conducta depresiva en comparación con la no depresiva (McDowell, 1982). De este modo se considera el comportamiento de los deprimidos en términos de sus consecuencias directas pero también de las consecuencias para los comportamientos alternativos saludables (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001). La depresión persistiría porque el refuerzo disponible para los comportamientos no depresivos sería bajo o inexistente, o bien porque existiría una alta tasa de refuerzo del comportamiento depresivo (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001). La hipótesis predominante en la que basaron el tratamiento BATD consistía en la idea de que si se aumenta el valor de los refuerzos para el comportamiento depresivo, el valor relativo de los refuerzos para el comportamiento no depresivo debería disminuir, en consecuencia, aumentaría la probabilidad del comportamiento depresivo, mientras que la del comportamiento no depresivo disminuiría. En el caso inverso, es decir, si el valor de los reforzadores para el comportamiento depresivo es menor que para el no depresivo, aumentará la probabilidad del comportamiento no depresivo (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001).

En base a estos supuestos, BATD se diseñó como un tratamiento enfocado en el aumento gradual del comportamiento saludable a través del

incremento del valor de los reforzadores de tal comportamiento y devaluar los refuerzos para el comportamiento deprimido, por lo que una mayor actividad sería un precursor necesario para la reducción del comportamiento deprimido. Los autores indicaron que para reducir el comportamiento depresivo el tratamiento debería centrarse en el aumento de los refuerzos para la conducta no depresiva (Lejuez et al., 2011; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001). La ley de la igualación aplicada en la depresión también incluye que el comportamiento depresivo se produce a un ritmo elevado pero no sólo cuando hay ausencia de refuerzo para el comportamiento no depresivo, sino también cuando el refuerzo para el no depresivo se retrasa (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001). Los autores de la terapia BATD también tuvieron en cuenta este último aspecto, por lo que consideraron que para el abordaje de la depresión se debía aumentar la exposición a las consecuencias positivas del comportamiento saludable y reducir las del comportamiento depresivo. De esta forma se tendría por resultado una reducción de la conducta depresiva, disminuyendo el refuerzo positivo y negativo de la misma y aumentando el refuerzo disponible del comportamiento alternativo, esto es, de otros tipos de comportamiento (Lejuez et al., 2011; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001).

En BATD, se tiene en cuenta que las manipulaciones ambientales son un componente principal en la depresión, de forma que en los casos en los que las contingencias ambientales apoyan el comportamiento saludable, la activación sería necesaria para tener contacto con las contingencias potencialmente positivas, pero en aquellas en las que las circunstancias ambientales no favorecen tales comportamientos, las manipulaciones ambientales serían necesarias con mayor frecuencia antes de que la activación pudiera producir consecuencias positivas (Lejuez, Hopko, LePage, et al., 2001).

El protocolo del Tratamiento de Activación Conductual Breve para la Depresión Revisado -BATD-r- (Lejuez et al., 2011), incluye diez sesiones de entre 50 y 60 minutos de duración cada una, aunque puede invertirse más o menos tiempo dependiendo del caso.

En primer lugar, se realiza una evaluación detallada sobre su experiencia tanto de la depresión como de sus actividades, incluyendo las rutinas para posteriormente administrar: 1) psicoeducación sobre qué es la depresión y, 2) la relación entre la depresión y el comportamiento, utilizando el círculo vicioso de la depresión.

En segundo lugar, se explica el tratamiento, describiendo la lógica y los procesos del mismo, haciendo énfasis en varios aspectos tales como que es un abordaje de colaboración entre el terapeuta y la persona, por lo que es activo, que el foco es cambiar su comportamiento y su forma de vida, lo que a su vez afectará a su estado de ánimo, y se normalizan y validan sus pensamientos y emociones, pero se enfatiza que el foco del tratamiento es su comportamiento.

En tercer lugar, se inician los componentes de la terapia, siendo éstos cinco:

- 1) Monitoreo de las actividades cotidianas.
- 2) Identificación de los valores de cinco áreas vitales y elaboración de actividades congruentes con tales valores.
- 3) Selección y graduación de las actividades según su dificultad.
- 4) Planificación y realización de las actividades.
- 5) Aumento del acceso al apoyo social.

El primer componente del tratamiento da paso a una breve introducción del monitoreo en la que se explica que consiste en registrar las conductas diarias con una frecuencia de cada hora durante todos los días, para lo que se

utiliza un formulario de monitoreo diario, pero se puede utilizar cualquier otro medio o instrumento siempre que permita registrar la información necesaria. Se le indica a la persona que el fin es que sirva para conocer aspectos de su propia vida y para tener información necesaria para conocer sus actividades, rutinas y otros aspectos que mantienen tanto sus conductas depresivas como las no depresivas o sanas. Por último, se discuten aspectos importantes del tratamiento, remarcando que la conducta se abordará en el tratamiento al ser ésta la que mantiene la depresión y que tanto las emociones como los pensamientos son consecuencias de sus comportamientos.

Por otro lado, en el segundo componente, correspondiente a la identificación de los valores de las cinco áreas vitales, se utiliza el formulario de Áreas de vida de Hayes y colaboradores (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), el *Life Areas, Activities, and Values Inventory* (Inventario de áreas de vida, valores y actividades –AVVA– adaptado por el grupo de Lejuez, siendo denominado como VLQ, e incluido en el manual de la BATD-r, , en el que se recogen todos los aspectos relacionados con las áreas de “relaciones” que involucra familiares, amistades y pareja; “educación/carrera” que se refiere al tiempo empleado en la formación formal e informal, trabajo o búsqueda de empleo; “ocio/intereses” que comprende el tiempo de ocio de diversión y/o relajación; “mente/cuerpo/espiritualidad” en la que se incluye la salud física y mental, religión y/o espiritualidad; y finalmente el área de “responsabilidad” que contiene las obligaciones y responsabilidades diarias. Además se identifican los valores, es decir, los ideales y creencias en cierta manera de vivir, lo que sería importante para la persona en cada una de las áreas, y las actividades que realiza o puede realizar para vivir de acuerdo a esos valores. El objetivo último del componente de identificación de valores es conocer las direcciones hacia las que la persona querría o le gustaría avanzar en sus áreas vitales y traducir sus valores en actividades que permitan llevarlos a cabo.

El tercer componente del protocolo BATD es la selección y graduación de las actividades según su dificultad, en la que también se utiliza el formulario de jerarquía de actividades. En este proceso el objetivo es ordenar y estructurar las actividades que se anotaron en el formulario AVVA que fue utilizado en la identificación de valores. Para ello se siguen una serie de pautas o criterios, por ejemplo, que se seleccionan quince de las actividades y que éstas deben estar relacionadas directamente con los valores identificados para que tengan mayor probabilidad de ser significativas y placenteras. Además, han de abarcar varias de las áreas de vida para asegurar diversas fuentes alternativas de refuerzo; han de corresponderse con las partes más pequeñas en las que se pueden dividir las actividades, para tener mayor probabilidad de completar las actividades y aumentar la sensación de logro, y tienen que ser clasificadas en función del grado de dificultad de 1 (la más fácil) a 15 (la más difícil), para empezar con las de menor dificultad y aumentarla gradualmente.

El cuarto componente es la planificación y realización de las actividades, en el que se desarrolla el plan del proceso de inclusión de las actividades seleccionadas y ordenadas en su vida diaria y la forma de supervisión de su progreso. Para la realización de las actividades se recomienda seguir un enfoque simple comenzando con un rango de una a tres actividades valoradas como más fáciles y establecer los días y horas en los que se llevarán a cabo dentro de la siguiente semana, teniendo en cuenta las condiciones que rodeen las actividades planificadas, es decir, el cuándo, dónde y la intensidad en la que se realizarán así como los posibles obstáculos que puedan dificultar que se puedan hacer y completar. En este caso también se efectúa el registro de la realización de las actividades con el formulario utilizado en la fase del monitoreo diario, aunque con otras consignas entre las que se encuentran: anotar si las ha realizado, el grado de disfrute y de importancia de las mismas,

así como tacharlas si no se han realizado, anotar qué se hizo en su lugar y posponerlas para realizarlas en otro momento dentro de la semana.

El quinto y último componente del protocolo BATD consiste en aumentar el acceso al apoyo social, para el que también se procede con un formulario, en este caso el de acuerdos. Se considera que la probabilidad de superar la depresión aumenta cuando se tiene apoyo de otros, amistades y/o familiares, por lo que en esta fase se canalizan y adecuan los apoyos para que resulten útiles y adecuados en función de los valores de la persona y puedan aprender a gestionar sus ayudas prestando atención al refuerzo de las conductas no depresivas.

Comparativa entre BA y BATD

Las dos variantes descritas (BA y BATD) comparten los aspectos esenciales de la activación conductual, aunque ambas tienen un enfoque mucho más idiográfico que los modelos predecesores de activación conductual y consideran que las situaciones ambientales, es decir, el contexto, sería lo que diferencia a las personas deprimidas.

En principio, las dos ofrecen una visión funcional de la conducta depresiva y coinciden en un abordaje directo de la misma, modificando los patrones de conducta, activando a la persona con actividades que, a diferencia de los modelos anteriores, no solamente proporcionan agrado o placer, sino que van dirigidas a la consecución de metas que logren que la persona adquiera un estilo de vida activo que se verá reflejado consecuentemente en cambios tanto en el pensamiento como en el estado de ánimo (Hopko, Lejuez, Ruggiero, et al., 2003). Además, tanto la BA de Martell como la BATD de Lejuez sugieren factores contextuales en la explicación de la depresión, pero,

también, factores biológicos, genéticos y variables cognitivas (Kanter et al., 2009b).

No obstante, las dos variantes de tratamiento difieren en ciertos aspectos tales como el contenido, el énfasis en el tipo de reforzamiento, ya sea positivo o negativo, la complejidad de las técnicas empleadas y la estructura. Así, mientras que el modelo teórico explicativo de la BA es el de la trampa de la evitación, con el acrónimo TRAP, el de la BATD son los principios de la ley de igualación de Herrnstein; y si el énfasis de la BA está en el reforzamiento negativo, el de la BATD lo está en el positivo. Asimismo, las técnicas de intervención en BA son más complejas que las de la BATD e incluyen el abordaje directo de un tipo de contenido cognitivo, en concreto de las rumiaciones, al considerarse una acción: la acción de pensar, mientras que por el contrario, en el protocolo BATD no se aborda directamente ningún tipo de pensamiento.

En cuanto a la motivación, en BA va de fuera a dentro y se aborda a través del compromiso y solucionando los posibles problemas con la técnica del acrónimo ACTION, mientras que en BATD se considera que el valor reforzante de las actividades será el que la facilite y no se utiliza otra técnica para abordar la motivación que el compromiso. Por otro lado, en BA el análisis funcional es preponderante y se realiza de forma completa, siendo menos elaborada y cubriendo aspectos más generales en BATD.

Finalmente, otro aspecto diferenciador entre ambas terapias es la estructura. BA incluye de entre 20 a 24 sesiones de 60 minutos cada una, en un principio bisemanales y posteriormente semanales, pudiendo ser de formato individual o grupal; y el protocolo BATD en su edición original contaba entre 12 y 15 sesiones, pasando a ser 10 en la revisión, que pueden aumentarse dependiendo de la profundización que se necesite en algunos casos. La

frecuencia al inicio en la edición original era de 3 a 4 sesiones semanales y posteriormente 2, con una duración flexible de 50, 30 y 15 minutos; mientras que en la revisión la duración de las sesiones pasa a ser de 50 a 60 minutos, pudiendo variar, dependiendo del caso, y el formato disponible es individual (Barraca-Mairal, 2010; Kanter, Manos, et al., 2010).

2.3.5. La Terapia Híbrida de activación conductual para la depresión de Kanter

La Terapia Híbrida fue elaborada por el grupo de Kanter para obtener un protocolo unificado de intervención conductual de la depresión, siendo por tanto una síntesis de las dos terapias contemporáneas basadas en la activación conductual, con algunos elementos adicionales (Kanter et al., 2009b). La terapia fue publicada en un libro en el que los autores construyeron un modelo coherente y unificado de los fundamentos de las dos versiones contemporáneas de activación conductual, y en el que clarificaron sus fortalezas y áreas más importantes en un tratamiento que consta de dos partes. En la primera de éstas se utilizan las intervenciones simples con la estrategia de evaluación de valores, además de técnicas de activación simples encaminadas a la consecución de los objetivos acordes con los valores. Esta misma parte está destinada a aquellas personas cuya depresión se caracteriza por reducciones conductuales relativamente fáciles de identificar que llevan a pérdidas o reducciones de refuerzos positivos que ahora están disponibles en el ambiente. Por tanto, estaría dedicada a aquéllos cuyos repertorios al contacto del refuerzo positivo se hallan intactos aunque inactivos, por lo que una vez motivados para activarse y ulteriormente activados, la problemática no tendría mayor complicación y se finalizaría el tratamiento con esta primera parte.

En cambio, si no se ha conseguido el éxito o se ha fracasado con la primera, se daría paso a la segunda parte de la terapia, que está dedicada a aquellas personas cuya depresión se complica con historias de refuerzo negativo y/o castigo. Esta segunda parte, en la que se pueden utilizar técnicas adicionales específicas de activación conductual, consta de una intervención más compleja en la que, a través de la estrategia de evaluación funcional, se determina el foco de intervención específico dependiendo de los problemas principales que se observen (Kanter et al., 2009b).

A continuación se expone una breve descripción de la terapia.

La primera parte comienza en la sesión 1 e incluye cinco momentos:

- 1) El primer momento es la revisión de la historia, en la que se recaba información sobre la relación entre el comportamiento de la persona (lo que ha dejado de hacer, hace en su lugar, evita, etc.), el contexto (cuándo, dónde, cómo, con quién, etc.) y la emoción y el estado de ánimo.
- 2) El segundo momento trata sobre la justificación del tratamiento. El terapeuta ofrece a la persona el razonamiento y justificación para el tratamiento. Para ello, primero explica cómo se entiende la depresión según el “modelo general de dos círculos”, a partir del cual se indica la relación existente entre el medio ambiente y el comportamiento de la persona. De esta forma, los acontecimientos negativos de la vida (que corresponden al primer círculo) producen reacciones emocionales aversivas que se denominan respuestas comunes (que corresponden al segundo círculo), y estas últimas mantienen y exacerban las emociones, pudiendo llevar a más acontecimientos negativos de la vida y formando una espiral cuyo resultado es la depresión clínica. El terapeuta después continúa explicando que las personas al deprimirse se cierran, se

inactivan y que el tratamiento consistirá en romper el círculo vicioso intentando que se active de nuevo, desarrollando planes de acción y metas para la persona, y, posteriormente, ayudarle a actuar de acuerdo con esos planes o metas (de fuera a dentro) en lugar de hacerlo en base a sus sentimientos (de dentro a fuera).

- 3) El tercer momento corresponde al inicio de la monitorización-seguimiento de la actividad. Con la finalidad de orientar la programación de actividades que realizará la persona y de conocer la línea base del nivel de activación y evitación desde el que se parte, será necesario previamente recabar información acerca de las actividades que realiza, las que ha dejado de hacer, los problemas a resolver, los comportamientos específicos, los excesos y los estados de ánimo relacionados con los comportamientos específicos. Para ello, el terapeuta realizará una serie de preguntas pertinentes a la persona y le solicitará que describa sus actividades en el transcurso del día, hora a hora (en la medida de lo posible) durante toda la próxima semana, especificando que el horario no tiene porqué ser tan rígido, pudiendo anotar la información agrupada de varias horas mientras se está realizando la misma actividad. Con el fin de elaborar esta monitorización el terapeuta le hará entrega a la persona de un modelo de auto-registro, aunque le dará a elegir cualquier otro medio o estrategia que desee utilizar siempre que contenga la información solicitada. En el auto-registro la persona también anotará el estado de ánimo, emoción y sensación de dominio de la actividad.
- 4) En el cuarto momento se da comienzo a la evaluación de valores. En ésta se recoge la información relacionada con cinco áreas de la vida que la persona valora en relación a relaciones, formación, ocio, mente-cuerpo y obligaciones-responsabilidades. El terapeuta consultará a la persona la importancia que cada una de las áreas tiene para ella, el tipo de persona

que le gustaría ser en las mismas y las metas concretas inmediatas para lograrlo. Los valores y el monitoreo de actividades se utilizarán como base desde la que el terapeuta ayudará a la persona a desarrollar metas de comportamiento. Por consiguiente, los objetivos de activación específicos deberán estar en consonancia con esos valores y con su nivel de actividad.

- 5) El quinto momento consiste en solicitar la realización de una tarea de activación (siempre que sea posible), la cual llevará a cabo la persona durante la semana previa a la segunda sesión. La citada tarea consiste en una conducta no deprimida acorde con alguno de los valores de la persona, con la finalidad de contactar con fuentes estables y diversas de refuerzo positivo y tener un primer contacto con lo que será la activación. La tarea deberá cumplir ciertos requisitos tales como ser sencilla/simple y fácil en términos de dificultad, que sea altamente probable que pueda realizarla, y terminarla con éxito.

Posteriormente, durante las sesiones 2 a 4 se continúa la monitorización de la actividad en los casos en los que no se haya obtenido la información necesaria y se completa la evaluación de valores a la vez que se continúa con la obtención de la información de estos valores, aclarando y resolviendo dudas al respecto. También se crea una jerarquía de actividades basada en la monitorización de las actividades y en la evaluación de valores. Las actividades deberán cumplir ciertos requisitos tales como que sean creadas a partir de una jerarquía en función del grado de dificultad (de más fáciles a más difíciles), entre otros. Posteriormente, se comenzará con la activación simple basada en la jerarquía de actividades. En la activación simple, la persona realizará, entre sesiones, las actividades acordadas. El terapeuta le recomendará completar un formulario de activación para guiar la programación de las actividades en el que debe anotar la información referida a la denominación de

la actividad, el “qué”, “quién”, “dónde” y “cuándo”, los posibles obstáculos para su realización y las soluciones para las mismas, así como los resultados.

A partir de la sesión 3 y después de intentar las primeras sesiones de activación simple, se evaluará si la activación conductual tiene éxito en términos de experimentación de ganancias y de mejora del estado de ánimo. En el caso de que efectivamente esté funcionando, la programación de la actividad continuará su progreso con la jerarquía de actividades hasta la mejora completa del nivel de actividad y estado de ánimo de la persona, finalizando con la clásica prevención de recaídas.

Por otro lado, la segunda parte de la terapia se lleva a cabo en el caso de que la activación simple haya fracasado. Esta parte se inicia con una evaluación funcional que difiere de la que se realiza en la BA de Martell, siendo específica de la Terapia Híbrida de Kanter. Esta evaluación se centra en los posibles problemas que han propiciado que no haya tenido éxito la primera parte. En dicha evaluación, el terapeuta trabaja en colaboración con la persona, analizando los motivos del fracaso, por lo que la activación se adapta en consecuencia. Esto es, se analizan funcionalmente los problemas en la activación simple y sus posibles formas de solucionarlos, y se retoma la jerarquía de activación. La evaluación se realiza en función de cuatro categorías en base al modelo del comportamiento ABC a partir del cual se debe entender el comportamiento en términos de antecedentes del comportamiento (A), la conducta en sí misma (B), y las consecuencias de la conducta (C). Las cuatro categorías se describen a continuación:

- 1) Los antecedentes de la evaluación funcional (A) incluyen déficits de control de estímulos y reflejan si el medio ambiente apoya de forma eficaz la activación. En otras palabras, habría que observar si los comportamientos serían una función de un ambiente que se adecúa o no

a las instrucciones necesarias que suscitan el comportamiento relacionado con las actividades. Estas instrucciones no son otras que las relacionadas con recordar realizar las actividades, y la correcta comprensión y recuerdo de la lógica y justificación de la activación conductual. Las intervenciones de control de estímulos implicarían el uso de estrategias de recordatorio, y/o revisar y ampliar la lógica y justificación de la activación.

- 2) La evaluación funcional de la conducta en sí (B) incluye déficits de habilidades conductuales y reflejan el incumplimiento debido a que no se tienen las habilidades necesarias para llevar a cabo la actividad. Las intervenciones de déficits de habilidades conllevan la formación de habilidades adaptadas utilizando los procedimientos de formación de habilidades tradicionales.
- 3) La evaluación funcional de las consecuencias de la conducta (C) incluyen dos tipos de consecuencias: las públicas y las privadas. Las limitaciones de las consecuencias públicas corresponden a la tercera categoría y reflejan interrupciones externas y observables, o distracciones que compiten con la actividad. Es decir, la persona se distrae de las conductas de interés por otras actividades más reforzantes porque se están reforzando los problemas de comportamiento en lugar de la conducta objetivo. Las intervenciones de las consecuencias públicas implican gestionar las contingencias y suelen centrarse en las consecuencias públicas del entorno social de la persona, por lo que se utilizan técnicas de manejo de contingencias tales como contratos conductuales con uno mismo y los demás.
- 4) En cuanto a las consecuencias privadas, que conforman la cuarta categoría, pueden incluir experimentar sentimientos y pensamientos aversivos tales como sentirse ansioso, triste, estresado, agobiado,

aburrido, que nunca va a mejorar, etc. Estos sentimientos y pensamientos se intentan evitar, así como su activación, por lo que las limitaciones de las consecuencias privadas reflejan la evitación de las experiencias internas. La intervención de las consecuencias privadas consiste en entrenar en los patrones de evitación y en la solución de problemas a través de estrategias de afrontamiento alternativas, formación en activación valorada con conciencia plena, es decir, atención a la experiencia, y el uso de la exposición. Con ello se persigue activar a la persona con los pensamientos y sentimientos privados aversivos en lugar de tratar de cambiar directamente los sentimientos.

Las últimas sesiones de la terapia se desvanecen gradualmente para iniciar la fase de prevención de recaídas, a la que se dedican entre una y dos sesiones. La finalidad de la prevención de recaídas es que la mejora de la activación de la persona continúe en ausencia de la relación terapéutica. Durante la fase se trabaja la generalización a situaciones diferentes y el establecimiento de rutinas diarias de aquellas habilidades de activación que supongan una respuesta ante los eventos negativos de la vida y las emociones adversas asociadas. Además, durante la prevención de recaídas, el terapeuta y la persona definen y elaboran una “Guía para mantenerse activo” diseñada para funcionar como recordatorios importantes. Esta guía consta de listas simples en las que se incluyen diversos aspectos tales como: formas para que la persona detecte si se está deprimiendo o vuelve a estar inactiva de nuevo; actividades que disfruta cuando no está deprimida, que están en consonancia con sus valores y que puede no tener ganas de hacer; posibles obstáculos para realizar las actividades y los planes para superarlos; posibles eventos futuros que pueden ser difíciles de manejar por sí misma y planes para responder a los mismos; y el número de teléfono de la clínica y/o del terapeuta así como una invitación a reiniciar la terapia si las cosas se ponen difíciles.

3. METODOLOGÍA

3.1. LA TRADUCCIÓN Y LA ADAPTACIÓN DE LA TERAPIA HÍBRIDA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Consideraciones preliminares

En el proceso de traducción y adaptación de la terapia se ha tenido en cuenta que el procedimiento ha sido realizado desde dos idiomas de origen, inglés y español, hacia el idioma objetivo español y al uso lingüístico chileno, y no a otros usos lingüísticos ni dialectos. Aunque esto pueda parecer evidente debe su justificación a que toda la geografía chilena tiene un mismo uso lingüístico del español, sin existir dialectos. En el proceso se ha excluido la lengua mapuche y sus dialectos por tres motivos: en primer lugar, porque la población mapuche conoce la lengua española y los usos lingüísticos chilenos; en segundo lugar, porque la lengua mapuche no es comprendida por más del 95% de la población chilena; y, en tercer lugar, porque la lengua mapuche está extendida más allá del territorio de la República de Chile.

Una segunda consideración preliminar ha sido la direccionalidad de la traducción. En este sentido, se entiende por traducción directa aquella que se realiza desde un idioma extranjero hacia la lengua materna y por traducción inversa aquella en la que se traduce al idioma extranjero (García-Yebra, 1986; Hurtado-Albir, 2001). Cabe decir que, en general, en el proceso de traducción existe cierta polémica sobre este aspecto, ya que es muy discutida la direccionalidad en la que deben hacerse las traducciones, ya sea la directa o la inversa. Sin embargo, no ha sido objetivo de esta tesis ahondar en el debate acerca de la direccionalidad de las traducciones, por lo que se decidió que éstas debían hacerse con el procedimiento tradicional, siendo éste la traducción directa. Esta decisión se ha tomado en base a las indicaciones de autores

tradicionales como Snell-Hornby, quien afirma que los mejores traductores son los que a pesar de la multiculturalidad siempre traducen a su lengua materna (Snell-Hornby, Pöchhacker, & Kaindl, 1994), así como de Peter Newmark, quien indica que la traducción a la lengua de uso habitual es la única forma en la que puede traducirse naturalmente, con precisión y con la máxima eficacia (Newmark, 1988).

Por otro lado, a la hora de realizar las traducciones también se ha considerado el tipo de traducción. En este aspecto se han encontrado diversas opiniones y tipologías. El grueso del material ha sido considerado, siguiendo a Orozco-Jutorán (2012), como especializado (véase la Tabla 3), en contraposición a traducciones de anuncios, noticias en periódicos, folletos y otros similares. Sin embargo, de acuerdo a Muñoz-Torres (2011), quien distingue entre traducciones no especializadas, semiespecializadas o especializadas, la clasificación podría diferir. Según este autor, la traducción llevada a cabo ha sido de dos tipos: semiespecializada y especializada: semiespecializada porque los textos traducidos serán destinados a lectores cultos no especialistas en la materia y a futuros especialistas en proceso de formación; y especializada porque los textos traducidos también serán destinados a lectores cultos especialistas en la materia (Muñoz-Torres, 2011). Me permito recordar aquí que este autor define el texto especializado como “la traducción de textos marcados por campos, dirigida a especialistas y semiespecialistas y también al público general con necesidades e intereses particulares, estructurados en géneros y funciones diferentes, enmarcados por los llamados lenguajes especializados dentro de la comunicación de conocimiento especializado” (Muñoz-Torres, 2011).

Además, en el proceso de traducción y adaptación al uso lingüístico y contexto cultural chileno de la terapia se ha considerado tanto el contenido de

los materiales a traducir como las definiciones (o, en otras palabras, qué se entiende por cada uno de los tipos de traducciones).

Por último, al profundizar en el tipo de traducción, también podríamos considerar la traducción realizada como sintética, ya que se traduce a la vez que se resume el texto de origen, sintetizando los puntos esenciales del texto conservando los mismos sentidos en los significados de frases, párrafos y contenido en general. Es más, en este estudio, como se verá, se ha llevado a cabo un análisis textual del texto de origen,³ extraído los puntos más importantes y, posteriormente, expresado de manera fluida y natural al idioma meta.

3.1.1. La traducción

3.1.1.1. Los materiales

Los materiales necesarios para la traducción y adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural de Chile de la terapia Híbrida (tomados de la AC, BATD y algunos propios de la Híbrida) han sido conformados por una selección de libros, capítulos de libro, artículos, cuestionarios, escalas, fichas, formularios, tablas de trabajo, guiones y otros similares.

La traducción de estos materiales, parcial o totalmente, ha pasado por uno de dos procesos diferentes:

- El proceso uno ha sido aplicado a los textos traducidos a la lengua española que fueron publicados por otros autores, ocasionalmente en colaboración con los propios autores originarios de las terapias.

³ El procedimiento del análisis textual ha sido descrito en el punto 3.1.1.3.

En este proceso uno, los materiales en español han sido traducido a los usos lingüísticos chilenos.

- El proceso dos ha sido aplicado a los textos originales de los autores de las terapias publicados en la lengua de referencia, que es la inglesa. En este proceso dos, los materiales correspondientes se han traducido al idioma objetivo español y posteriormente a los usos lingüísticos chilenos mediante el procedimiento de traducción directa.

Para aquellos materiales que existen en ambos idiomas, en inglés original y en su traducción al español, se han realizado los dos procesos, dando como resultado dos traducciones diferentes al uso lingüístico chileno.

De la totalidad de los textos traducidos (proceso uno, dos o ambos), han sido adaptados al contexto cultural chileno aquéllos considerados como necesarios para la terapia Híbrida, siguiendo lo especificado en el apartado 3.1.2. Este material resultante es el que se ha aplicado a la muestra del estudio, el que aparece en la tabla de materiales de este apartado y el que se ha incluido en los anexos.

En las siguientes páginas se enumeran, según el tipo, aquellos materiales traducidos parcial o totalmente que han sido utilizados en el proceso de traducción y adaptación. En la medida de lo posible, éstos han sido ordenados siguiendo el orden cronológico de aparición de las terapias, considerando además que en algunos de ellos se han utilizado sus últimas actualizaciones.

- Libros, capítulos de libro y artículos.
 - Proceso uno.
 - AC. El libro traducido al español *Activación Conductual para la depresión: Una guía clínica* (Martell et al., 2013), del original “Behavioral Activation for Depression: A Clinician’s guide”.
 - BATD. El libro en español *Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión: Protocolo y guía clínica* (Maero & Quintero, 2016), basado en el artículo “A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual”.
 - HÍBRIDA. El libro traducido al español *Activación Conductual: Refuerzos positivos ante la depresión* (Kanter, Busch, et al., 2011), del original “Behavioral activation: Distinctive Features”.
 - Proceso dos.
 - AC. El libro original de la revisión de la Terapia de Activación Conductual *Behavioral Activation for Depression: A Clinician’s guide* (Martell et al., 2010).
 - BATD. El artículo original *Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual* (Lejuez et al., 2011).
 - HÍBRIDA. El libro original *Behavioral Activation: Distinctive features* (Kanter et al., 2009b).
 - HÍBRIDA. El capítulo de libro original *Behavioral Activation for Depression* (Kanter, Bowe, Baruch, & Busch, 2011).

- Cuestionarios, escalas, formularios y otros instrumentos.
 - Proceso uno.
 - AC. La adaptación española de “The Pleasant Events Schedule (PES)”: *Cuestionario de Refuerzos placenteros (PES)* (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972, 1979).
 - AC. La traducción española del “TRAP-TRAC sheet”: *Hoja TRAP-TRAC* (Martell et al., 2013).
 - AC. La traducción española de “Behavioral activation activity chart-scheduled activities for... day of the week”: *Tabla de actividades de la activación conductual – actividades programadas para... un día de la semana* (Martell et al., 2013).
 - AC. La traducción española del “Behavioral activation activity chart/monitoring activity/pleasure/mastery”: *Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades, emociones, estado anímico, placer y dominio* (Martell et al., 2013).
 - BATD. La traducción española de “The Valued Living Questionnaire (VLQ)” simplificado a cinco bloques de áreas: *Cuestionario de vida significativa (VLQ)* (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).
 - BATD. La adaptación española de “The Environmental Reinforcement Observation (EROS)”: *Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)*. Conservado el título original en la adaptación (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2010).
 - BATD. La traducción española de “The Reward Probability Index (RPI)”: *Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI)*. Conservado el título original en la traducción (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015b; cit. en Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).

- BATD. La adaptación española del “Contract”: *Contrato conductual para ayudar a eliminar conductas depresivas* (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).
 - HÍBRIDA. La adaptación española de “The Behavioural Activation for Depression Scale (BADS)”: *Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)*. Conservado el título original en la adaptación (Barraca-Mairal, Pérez-Álvarez, & Lozano-Bleda, 2011).
 - HÍBRIDA. La traducción española de “Staying Active Guide”: *Guía para permanecer activo* (Kanter, Busch, et al., 2011).
 - HÍBRIDA. La traducción española de “Activity hierarchy sheet”: *Hoja de jerarquía de actividad* (Kanter, Busch, et al., 2011).
 - HÍBRIDA. La traducción española de la “Homework activation sheet”: *Hoja de tareas de activación de BA* (Kanter, Busch, et al., 2011).
 - HÍBRIDA. La traducción española de “Three circles diagram”: *Diagrama de los tres círculos* (Kanter, Busch, et al., 2011).
- Proceso dos.
- AC. El cuestionario original *The Pleasant Events Schedule (PES)* (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972).
 - AC. Ficha original *TRAP-TRAC Sheet* (Martell et al., 2010).
 - AC. Ficha original *Behavioral activation activity chart-scheduled activities for... day of the week* (Martell et al., 2010).
 - AC. Ficha original *Behavioral activation activity chart/monitoring activity/pleasure/mastery* (Martell et al., 2010).

- BATD. Cuestionario original *The Valued Living Questionnaire (VLQ)*. (K. G. Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2008) en su versión simplificada a cinco bloques de áreas (Lejuez et al., 2011).
- BATD. Escala original *The Environmental Reinforcement Observation (EROS)* (Armento & Hopko, 2007).
- BATD. Índice original *The Reward Probability Index (RPI)* (Carvalho, Trent, & Hopko, 2011).
- BATD. Ficha original *Contract* (Lejuez et al., 2011).
- HÍBRIDA. Escala original *The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs)* (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007).
- HÍBRIDA. Guía original *Staying Active Guide* (Kanter et al., 2009b).
- HÍBRIDA. Guía original *Functional Assessment Guide* (Kanter, Bowe, et al., 2011).
- HÍBRIDA. Ficha original: *Activity hierarchy sheet* (Kanter et al., 2009b).
- HÍBRIDA. Ficha original: *Homework activation sheet* (Kanter et al., 2009b).
- HÍBRIDA. Ficha original *Three circles diagram* (Kanter et al., 2009b).
- HÍBRIDA. Ficha original *Two circles model* (Kanter, Busch, Weeks, & Landes, 2008).
- HÍBRIDA. Ficha original *Observed-based BA homework completion measure* (Busch, Uebelacker, Kalibatseva, & Miller, 2010).

En la Tabla 2 se listan de forma sintética los materiales utilizados traducidos parcial o totalmente:

Tabla 2. *Tabla de materiales necesarios traducidos parcial o totalmente.*

<i>Tipo de material</i>	<i>Tipo de proceso</i>	<i>Variante</i>	<i>Material</i>	<i>Autor y año</i>
Libros, capítulos de libro y artículos	Proceso uno	AC	Libro: Activación Conductual para la depresión: Una guía clínica	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013
		BATD	Libro: Tratamiento Breve de Activación Conductual para la depresión: protocolo y guía clínica	Maero & Quintero, 2016
		HÍBRIDA	Libro: Activación conductual: Refuerzos positivos ante la depresión	Kanter, Busch, & Rusch, 2011
	Proceso dos	AC	Libro: Behavioral Activation for Depression: A Clinician's guide	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010
		BATD	Artículo: Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual	Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011
		HÍBRIDA	Libro: Behavioral Activation: Distinctive features	Kanter, Busch, & Rusch, 2009
		HÍBRIDA	Capítulo de libro: Behavioral Activation for Depression	Kanter, Bowe, Baruch, & Busch, 2011
	Cuestionarios, escalas, formularios y otros instrumentos	Proceso uno	AC	Cuestionario de Refuerzos Placenteros (PES)
AC			Ficha TRAP-TRAC	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013
AC			Tabla de actividades de la activación conductual – actividades programadas para... un día de la semana	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013
AC			Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades, emociones, estado anímico, placer y dominio	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013
BATD			Cuestionario de Vida Significativa (VLQ)	Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a
BATD			Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)	Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2010
BATD			Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI)	Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015b
BATD			Contrato conductual para ayudar a eliminar conductas depresivas	Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a
HÍBRIDA			Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)	Barraca-Mairal & Lozano-Bleda, 2011
HÍBRIDA			Guía para permanecer activo	Kanter, Busch, & Rusch, 2011
HÍBRIDA			Hoja de jerarquía de actividad	Kanter, Busch, & Rusch, 2011
HÍBRIDA			Hoja de tareas de activación de BA	Kanter, Busch, & Rusch, 2011
HÍBRIDA	Diagrama de los tres círculos	Kanter, Busch, & Rusch, 2011		

Tabla 2 (cont.). *Tabla de materiales necesarios traducidos parcial o totalmente.*

<i>Tipo de material</i>	<i>Tipo de proceso</i>	<i>Variante</i>	<i>Material</i>	<i>Autor y año</i>
Cuestionarios, escalas, formularios y otros instrumentos	Procesos	AC	Cuestionario: The Pleasant Events Schedule (PES)	MacPhillamy & Lewinsohn, 1972
		AC	Ficha: TRAP-TRAC Sheet	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010
		AC	Ficha: Behavioral activation activity chart-scheduled activities for... day of the week	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010
		AC	Ficha: Behavioral activation activity chart/monitoring activity/pleasure/mastery	Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010
		BATD	Cuestionario simplificado: The Valued Living Questionnaire (VLQ)	Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2008. Versión simplificada: Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011
		BATD	Escala: The Environmental Reinforcement Observation (EROS)	Armento & Hopko, 2007
		BATD	Índice: The Reward Probability Index (RPI)	Carvalho, Trent, & Hopko, 2011
		BATD	Ficha: Contract	Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011
		HÍBRIDA	Escala: The Behavioral Activation for Depression Scale (BADDS)	Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007
		HÍBRIDA	Guía: Staying Active Guide	Kanter, Busch, & Rusch, 2009
		HÍBRIDA	Guía: Funtional Assessment Guide	Kanter, Bowe, Baruch, & Busch, 2011
		HÍBRIDA	Ficha: Activity hierarchy sheet	Kanter, Busch, & Rusch, 2009
		HÍBRIDA	Ficha: Homework activation sheet	Kanter, Busch, & Rusch, 2009
		HÍBRIDA	Ficha: Three circles diagram	Kanter, Busch, & Rusch, 2009
		HÍBRIDA	Ficha: Two circles model	Kanter, Busch, Weeks, & Landes, 2008
		HÍBRIDA	Ficha: Observed-based BA homework completion measure	Busch, Uebelacker, Kalibatseva, & Miller, 2010

3.1.1.2. Los traductores

Ambos procesos de traducción han sido realizados por dos grupos de traductores cualificados: Grupo A y Grupo B. El material –independientemente del idioma de origen– ha sido traducido por un grupo u

otro en función del nivel de especialización del material a traducir.⁴ Además, ambos grupos han participado, junto con la que suscribe, en el procedimiento de adaptación.

El equipo de traductores del Grupo A, formado por dos traductores de origen chileno con nivel alto del idioma inglés, se encargó de las traducciones y adaptaciones a los usos lingüísticos chilenos de los textos realizados por autor/es especialista/s en el tema, cuyo destinatario es un público no especialista. Estos textos eran no especializados y divulgativos, tales como folletos informativos e instructivos, fichas, cuestionarios, escalas y otros de similar contenido informativo.

Por otro lado, el equipo de traductores del Grupo B, conformado por tres traductores especialistas de origen chileno con nivel alto del idioma inglés y formación especializada en la materia de psicología clínica, llevó a cabo las traducciones y adaptaciones a los usos lingüísticos chilenos de los textos realizados por autor/es especialista/s en el tema, cuyo destinatario es un público iniciado pero no especialista. Estos textos eran especializados, tales como textos de manuales instructivos, artículos y otros materiales especializados.

El proceso de traducción constó de dos partes. La primera de ellas consistió en una reunión con los grupos de traductores para hacerles entrega de los materiales correspondientes y para darles una serie de instrucciones con el fin de clasificar los textos a traducir, así como explicarles sucintamente el contenido de los mismos. En la segunda parte, los traductores, por su cuenta,

⁴ El nivel de especialización del material no debe confundirse con el tipo de traducción (véase el apartado 3.1.1.3)

dedicaron el tiempo oportuno y necesario para realizar el proceso de traducción propiamente dicho.

3.1.1.3. Etapas del proceso de traducción

Debido a la complejidad que conllevó la traducción de los textos de origen, se expone a continuación los pasos o etapas llevadas a cabo en la traducción de los textos. Para ello, se ha seguido el modelo de traducción especializada de Orozco-Jutorán (2012) para las traducciones especializadas.

En el primer paso, debía conocerse el grado de especialización de los textos, que está en función de la diferencia del grado de conocimiento de una materia que existe entre el autor y el receptor. Por un lado, el autor elige tanto el nivel de conocimientos que de forma manifiesta desea exponer en los textos como el nivel de complejidad de la terminología utilizada. Esto determina el tipo de autor, que puede ser especialista en la materia o no especialista en la materia. Por otro lado, el grado de especialización del receptor se basa en lo que el autor espera de sus lectores, donde se establece que, dependiendo del conocimiento que tenga en la materia, el receptor puede ser: público no especialista en la materia, como el público general o lego; público iniciado pero no especialista, como un estudiante de psicología; o público especialista, como un profesional dedicado a la práctica de la psicología. En este estudio, el material es especializado (en el sentido que forma parte de una disciplina especializada), y el grado de especialización corresponde con el número tres de Orozco-Jutorán (2012), es decir, con un autor especialista en el tema y un receptor iniciado pero no especialista. Por tanto, el autor y el receptor no tienen el mismo nivel de conocimientos en la materia, dado que el autor tiene un nivel muy alto de especialización, con un conocimiento profundo de la materia, mientras que el nivel del receptor es iniciado, que cuenta con

conocimientos cercanos del ámbito temático, pero no se dedica profesionalmente al mismo. No obstante, ambos, autor y receptor, tienen las mismas expectativas del material.

El segundo paso ha consistido en conocer el campo y la clasificación temática precisa. En el estudio realizado el campo queda comprendido en la Psicología Clínica Intervención Psicológica. Por su parte, para la clasificación temática precisa se han tenido en cuenta los Códigos UNESCO de los campos de las ciencias y las tecnologías. En éstos, la Clasificación a la que correspondería el material a traducir es la siguiente: 3.2. Ciencias Médicas. 3.2.01 Ciencias clínicas. 3.2.01.05 Psicología clínica.

En el tercer paso, también debía saberse el género textual al que pertenece. En este caso, el género consistía en un Manual-protocolo.

El cuarto paso ha consistido en conocer la/s función/es de los textos. De las funciones de los textos, las que han formado parte del material objeto de traducción han sido la expositiva/informativa e instructiva. La función del texto expositivo o informativo es proporcionar información añadiendo explicaciones y descripciones de ejemplos. Por otro lado, la función del texto instructivo es ofrecer instrucciones de procedimientos compuestos por partes o pasos que deben realizarse para conseguir ciertos resultados. El material final o meta cumple las mismas funciones que el de origen, siendo éstas obtener como resultado la formación e instrucciones necesarias para aplicar una terapia a una población diana por parte de profesionales y estudiantes avanzados en formación de la salud.

En el quinto paso se trataba de conocer el elemento comunicativo de los textos objeto de traducción. El citado elemento comunicativo lo forma la modalidad y el tono. En este sentido, la modalidad del material ha sido escrita y el tono ha abarcado situaciones formales entre profesional-profesional y

profesional-no profesional, además de situaciones informales. Incluyendo comunicación especializada y semiespecializada tanto en primera como en tercera persona del singular y plural.

El sexto paso consistía en conocer el/los método/s de traducción. El método de traducción depende del objetivo del traductor (Orozco-Jutorán, 2012) y se refiere al proceso traductor que se utiliza en los textos. En este sentido, existen cuatro métodos de traducción: literal, filológico, comunicativo y libre (Hurtado-Albir, 2001; cit. en Orozco-Jutorán, 2012). En el material objeto de traducción se han combinado dos métodos siendo éstos el comunicativo y el libre. El método comunicativo se ha utilizado para conservar la misma finalidad y producir el mismo efecto en la traducción que el de los textos de origen. A su vez, el método libre se ha utilizado porque el objetivo del mismo ha sido adaptar la traducción a otro entorno socio-cultural y a un discurso más informal en algunas partes del material.

En el material traducido se ha tenido especial cuidado a la hora de respetar la fidelidad de la traducción del mismo. En este sentido, se sigue la recomendación que Merino & Taylor hicieron en el Manual para traductores, al ser de especial relevancia en los casos en los que se respeta la fidelidad del sentido del escrito traducido, citando textualmente sus palabras: En esta obra “Se ha sido fiel al sentido, no a la forma. Se ha respetado la versión inglesa, sin forzar el idioma. Ha habido desviaciones de los textos de origen, no de sentido sino de orden de palabras y de tiempos y modos” (Merino & Taylor, 2002; cit. en Orozco-Jutorán, 2012).

El séptimo paso ha consistido en conocer y aplicar la/s técnica/s de traducción necesarias para las traducciones de los textos. Las técnicas de traducción se refieren a las diversas técnicas que se utilizan para traducir las unidades microtextuales, es decir, las unidades pequeñas de escritura tales

como las palabras, expresiones y frases (Hurtado-Albir, 1999; cit. en Orozco-Jutorán, 2012). De las diversas técnicas, las utilizadas en el material objeto de traducción han sido ocho:

- **Adaptación:** se han sustituido elementos culturales del material de origen, por otros que correspondían a la cultura meta o receptiva.
- **Amplificación:** se han añadido detalles precisos que no constaban en el material de origen, tales como informaciones, notas del traductor, explicaciones o interpretaciones aumentadas para ilustrarlo o clarificarlo.
- **Comprensión:** se han resumido o abreviado ciertos elementos lingüísticos.
- **Descripción:** se han sustituido ciertas palabras, expresiones o términos por sus descripciones según sus formas y/o sus funciones.
- **Equivalente acuñado:** se han utilizado palabras, expresiones o términos equivalentes en la lengua meta, reconocidos en los diccionarios o en los usos lingüísticos.
- **Generalización:** técnica por la que se han utilizado palabras o términos neutros o más generales.
- **Reducción:** ha consistido en omitir elementos que se encontraban en el material de origen. Esta técnica es frecuente en las traducciones sintéticas.
- **Traducción perifrástica:** técnica a partir de la cual se han explicado algunos términos y/o palabras que se traducían. Esta técnica es muy útil en las traducciones de manuales y de artículos especializados.
- **Variación:** técnica a partir de la cual se han sustituido elementos tanto lingüísticos como paralingüísticos (como por ejemplo gestos) que

inflúan en aspectos de la variación lingüística, por otros. Por ejemplo variando el tono, estilo, dialecto, etc.

En el paso octavo debían conocerse las estrategias de traducción, que son procedimientos que se utilizan para asegurar las equivalencias de las estructuras en las traducciones de los materiales (Orozco-Jutorán, 2012). Existen diversas estrategias, sin embargo, en el material objeto de traducción se han utilizado tres: la adaptación o traducción libre que es una estrategia a partir de la cual se ha sustituido una realidad cultural o social del material de origen por la que correspondía en la cultura meta, resultando una realidad más habitual al lector final. También se ha utilizado la modulación en la que se han sustituido palabras por frases explicativas; y el tercer tipo de estrategia utilizada ha sido la equivalencia, en la que el significado de una palabra en el idioma de origen se corresponde con el significado de una palabra en el idioma meta, entendiendo que dos palabras serían equivalentes solamente cuando tuvieran el mismo significado. Por ejemplo: /cat/= /gato/; /T-shirt/= /camiseta/ en español de España; /polera/ en español de Chile.

El paso noveno consistió en atender a las diferencias culturales. En este sentido, uno de los autores que más incidió en la importancia del contexto extra-lingüístico en las traducciones fue Edmond Cary, quien en la década de los sesenta indicó que “la traducción era una operación cuya intención era establecer equivalencias entre dos textos que estaban expresados en lenguas diferentes”. Añadió que “estas diferencias dependían de ciertas características de ambos textos tales como la naturaleza, su destino y la relación entre la cultura de los dos pueblos que participan, su clima moral, intelectual y afectivo”. Con esto se posicionaba frente a aquellos que opinaban que la traducción era simplemente una ecuación de equivalencia entre dos sistemas lingüísticos (Cary, 1960; cit. en Ribas, 1995). En la traducción hay diversos

aspectos a considerar, entre los que se encuentran las diferencias culturales. Partiendo de esta base, se debe tener en cuenta que en la traducción inciden ciertos elementos o referencias culturales denominados por diversos autores “culturemas” (Vermeer, 1983; Oksaar, 1988; Poyatos, 1976), concepto que posteriormente fue variando su definición al ser utilizado por otros autores (Kocbek, 2011; Molina & Hurtado-Albir, 2002; Nord, 1997).

De todas las definiciones empleadas para referirse al término “culturema”, se hace mención a la que propuso Molina, al usarla en el área de la traducción y especificar una clasificación de los tipos existentes de los mismos que pueden encontrarse en las diferentes culturas. Para este autor, los culturemas son elementos característicos de una cultura, tanto verbales como paraverbales, que tienen una significación específica en una cultura determinada pero que presentan un problema cuando se utilizan en otra cultura (Molina & Hurtado-Albir, 2002). Entre los ejemplos de culturemas podemos encontrar las costumbres de una región, el léxico determinado, los aspectos relacionados con política, las conductas y valores. Además, los culturemas no son propios de una sola cultura sino que son el resultado de un proceso comunicativo entre personas de dos culturas, siendo por tanto dependiente del contexto en el que se produzca. Molina clasificó los elementos culturales en cuatro tipos: medio natural (flora, fauna, clima y paisajes), patrimonio cultural (hechos históricos, creencias populares, movimientos artísticos e ideologías culturales), cultura social (convenciones y hábitos, valores morales, y tratamiento y cortesía) y cultura lingüística (refranes, frases hechas, metáforas e interjecciones e insultos).

La detección de los culturemas y la transferencia intercultural sería posible mediante varias estrategias, de las cuales en el material objeto de traducción se han utilizado dos: la apropiación y la neutralización. La

apropiación también se conoce como adaptación o translación cultural. En ésta se sustituyen los culturemas de origen por los culturemas de la lengua y cultura meta. Su inconveniente es que desaparece gran parte de la semántica y aspectos culturales implícitos en el texto de origen. Esta estrategia se ha utilizado porque se recomienda para las adaptaciones cuyo método escogido sea el libre y también para las traducciones dirigidas a un público de menor nivel de especialización y comprensión en la materia. Por otro lado, la neutralización se refiere al uso de hiperónimos que faciliten la comprensión en una realidad y significado más amplio que la palabra o texto de origen. En esta estrategia siempre se pierde información, por lo que se utiliza en aquellos casos en los que no es posible o no se recomienda el uso de otra estrategia o bien cuando quien lo va a recibir tiene un menor nivel de especialización y comprensión o de interés en esa materia (Orozco-Jutorán, 2012).

En el paso décimo se detectaron los problemas de las traducciones. En las traducciones no es infrecuente encontrarse con algunos problemas en las diferentes etapas, ya sea de comprensión, transferencia, re-expresión y/o pragmáticos, que pueden darse a nivel lingüístico y/o extralingüístico. Sin embargo, éstos pueden detectarse e intentar solucionarse. En el material objeto de traducción, los problemas a los que se ha tenido que prestar especial atención para ser detectados y aplicar la estrategia adecuada para solucionarlos han estado en las etapas de comprensión, transferencia y re-expresión, todos a nivel extralingüístico.

En la comprensión han surgido problemas, fundamentalmente al no comprenderse algunos elementos culturales con total exactitud, al ser diferentes en las dos culturas que han participado en la traducción; y en algunos elementos temáticos ante la complejidad en la comprensión de conceptos del ámbito de la psicología clínica.

En cuanto a la transferencia, han interferido algunos problemas de elementos culturales que podían dar lugar a interferencias en la cultura meta, por ejemplo elementos culturales que son extraños en la cultura meta tales como costumbres inexistentes.

Finalmente, en la etapa de re-expresión se tuvo que prestar especial atención ante las dificultades para encontrar la forma correcta de re-expresar algunos elementos a la lengua meta. Específicamente ante las dificultades para encontrar la técnica correcta para adaptar, describir, explicar, sustituir, etc., elementos tanto culturales como temáticos.

Otro tipo de problemas de traducción se producen en las diferencias léxicas y morfológicas entre el inglés y el español. En este sentido, también son frecuentes los denominados “falsos amigos” errores que consisten en que la fisonomía del término es tan conocida por el traductor que éste los traslada a su propia lengua tal como vienen, sin averiguar lo que realmente significan. Por ejemplo el significado de la palabra “severe” en inglés no es severo, sino grave; o la palabra “actual” en inglés tiene por significado real, efectivo, y no actual.

Los problemas se detectaron y abordaron siguiendo las directrices de Orozco-Jutorán que describe en su libro sobre metodología de la traducción directa (Orozco-Jutorán, 2012). De este modo, la solución a los problemas tanto de comprensión como de transferencia se ha llevado a cabo consultando a nativos expertos en el tema; y la solución a los problemas de re-expresión se ha realizado reflexionando sobre el criterio más adecuado, teniendo en cuenta la función del texto meta y las expectativas del lector final. Finalmente, ante los falsos amigos no se ha dado por sentado ninguno de los significados, por lo que se revisaron los significados de todas las palabras que se desconocían.

La Tabla 3 resume los pasos del análisis realizado de acuerdo al esquema de Orozco-Jutorán (2012) sobre las etapas de las traducciones especializadas:

Tabla 3. *Aplicación de los pasos de la traducción de Orozco-Jutorán (2012) al material.*

<i>Paso</i>	<i>Denominación</i>	<i>Dato</i>	
1	Grado de especialización de los textos	Especializado	
		Autor	Especialistas en el tema
		Receptor	Iniciado pero no especialista
2	Campo y clasificación temática	3.2. Ciencias Médicas. 3.2.01. Ciencias clínicas 3.2.01.05 Psicología clínica (Códigos UNESCO)	
3	Género textual	Manual-protocolo	
4	Funciones de los textos	Formación e instrucción necesaria para aplicar una terapia a una población diana por parte de profesionales y estudiantes avanzados en formación de la salud	
5	Elemento comunicativo	Modalidad y tono	Profesional-profesional; Profesional-no profesional; y Situaciones informales
		Comunicación	Especializada y semiespecializada, en primera y tercera persona del singular y del plural
6	Método de traducción	Comunicativo en general y libre en algunas partes	
7	Técnicas de traducción	Adaptación, amplificación, comprensión, descripción, equivalente acuñado, generalización, reducción, traducción perifrástica y variación	
8	Estrategias de traducción	Adaptación o traducción libre, modulación y la equivalencia	
9	Diferencias culturales	Culturemas, transferencia intercultural, apropiaciones y neutralización	
10	Problemas de traducción	Comprensión	Elementos culturales y temáticos
		Transferencia	Elementos culturales
		Reexpresión y/o pragmatismo	Elementos culturales y temáticos
		Otros	Diferencias léxicas y morfológicas

3.1.1.4. El plan de documentación para el proceso de la traducción

En la planificación y realización de las traducciones de los textos ha sido necesario considerar la documentación y la solución a los posibles problemas que pudieran surgir en las traducciones. Para ello se ha contado con documentación temática, terminológica, contextual y co-textual mediante consultas a obras monográficas de divulgación o escritas para iniciados, obras lexicográficas y otros materiales. En concreto, se han utilizado las siguientes fuentes documentales:

- Dictionarios:
 - *Diccionario de uso del español* (Moliner, 2007).
 - *Diccionario de uso del español de Chile de la Academia Chilena de la Lengua* (Academia Chilena de la Lengua, 2010).
 - *Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española* (RAE, 2014).
 - *Diccionario de términos equívocos inglés-español-inglés* (Cuenca-Villarejo, 1987).
 - *Recurso de consulta del contexto en el que aparecen las palabras* (Davies, 2001-2015).
 - *Diccionario español-inglés/English-Spanish* (Colin, 2000).
 - *Diccionario-guía de traducción: Español-Inglés, Inglés-Español* (Brian & Mateo, 2009).

- Libros:
 - *Refranes chilenos* (Cannobbio, 1901).
 - *640 frases que caracterizan a los chilenos de la Academia Chilena de la Lengua* (Academia Chilena de la Lengua, 2015).

3.1.2. La adaptación

En primer lugar, debe mencionarse que en la adaptación propuesta los cambios realizados no han afectado a los mecanismos básicos de la terapia de Activación Conductual, siendo coherente con ésta y limitándose así a incluir las adaptaciones culturales y lingüísticas específicas para la población de Chile.

La fase de adaptación al contexto cultural chileno, teniendo en cuenta los usos lingüísticos propios de Chile, de todos los materiales necesarios para aplicar la terapia Híbrida a la población chilena incluyó una serie de reuniones con los traductores. Estas reuniones, realizadas entre ambos grupos y la que suscribe, tuvieron la misión de ayudar a poner en común las propuestas de traducción, de adaptarlas al contexto cultural chileno considerando los usos lingüísticos chilenos, y de elaborar un manual de terapia Híbrida para ser utilizado en personas con depresión en Chile. En estas reuniones se intercambiaron además informaciones referentes a características culturales y sociales de los chilenos que habían sido detectadas en un estudio piloto previo realizado con 29 sujetos adultos y 9 adolescentes con depresión, que no ha podido ser publicado ni incluido en esta tesis doctoral debido a ciertas restricciones legales de protección de datos sensibles de conformidad con lo dispuesto en la letra g del artículo 2º de la Ley n° 19.628, de 17 de febrero de 2012 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia del Gobierno de Chile, así como por la imposibilidad de describir a sujetos adolescentes de la muestra.

La presencia en estas reuniones de las tres partes (ambos grupos de traductores y la que suscribe) se ha justificado en base a dos premisas. En primer lugar, mi presencia se basa en el hecho de no ser chilena, lo que me hace estar exenta de ciertos prejuicios a la hora de pensar qué es lo más adecuado para la adaptación de la terapia para ser utilizada en Chile e incluir aquellos elementos que ya están interiorizados y automatizados por los

traductores, los cuales se hubieran pasado por alto probablemente. No obstante, cabe decir que esta adaptación comenzó a realizarse tras dos años de residir en ese país, y conocer en cierto grado la cultura y las particularidades lingüísticas chilenas, y después de haber realizado el citado estudio piloto. Esto ha permitido tener unas apreciaciones desde fuera del sistema en base a un conocimiento previo de la sociedad chilena. En segundo lugar, la participación en las reuniones de los dos equipos de traductores, como profesionales, ciudadanos y residentes chilenos, ha permitido realizar una adaptación adecuada en base a las diferencias culturales, ajustar el uso lingüístico al contexto cultural chileno y adaptar aquellos elementos de difícil comprensión o inusuales en la sociedad de destino. Gracias entonces a estas reuniones, se ha conseguido combinar de forma sinérgica lo propuesto por los traductores (insiders) con mi visión como persona externa (outsider).

Los tiempos dedicados a las reuniones estuvieron en función de los grupos A o B. Con el Grupo A se realizaron 17 reuniones de las cuales 11 fueron de 3 horas cada una y las restantes de 1,5 horas, mientras que con el Grupo B se llevaron a cabo 23 reuniones de las cuales 14 fueron de 3 horas cada una y las restantes de 1,5 horas. En todas las reuniones se hicieron descansos de entre cinco y diez minutos por hora invertida.

Tabla 4. *Desglose horario de las reuniones con los equipos de traductores.*

	<i>Grupo A</i>	<i>Grupo B</i>
Reuniones de 3 horas	11	14
Reuniones de 1,5 horas	6	9

En estas reuniones, se analizaron temas relacionados con las adaptaciones generales a la terapia, aquellas específicas en base a la identidad chilena y las relacionadas con otros aspectos culturales y sociales.

Por último, debe mencionarse que las características generales y valores culturales y sociales que se han considerado y que se verán a continuación son en su mayor parte de carácter negativo, por lo que en el manual de la terapia adaptada (en adelante “nuestro manual”), éstas se han tratado de forma no explícita con la finalidad de que el terapeuta los trabaje de forma sutil durante las sesiones con los clientes.

3.1.2.1. Adaptaciones generales

Las terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual se encuentran históricamente en Chile desde hace poco tiempo. Aunque los inicios de éstas en ese país datan desde la Reforma Universitaria de Chile en 1968, esas terapias quedaron estancadas debido a la instauración de la dictadura militar en 1973 y su desarrollo posterior fue lento. La dictadura conllevó una disminución considerable de ambas orientaciones terapéuticas, resurgiendo el desarrollo y avance de los enfoques psicodinámicos y fenomenológicos que quedaron instaurados con fuerza hasta la actualidad, manteniendo la continuidad el psicoanálisis, es decir, la tradición más antigua de la psicología (Luco, 2010; Vera-Villaruel, Montesinos, & Prieto, 2006). Si bien, en la actualidad hay una mayor presencia de las orientaciones cognitivo-conductual y conductual, quedan lejos de la preponderancia de los enfoques psicodinámicos y fenomenológicos por varios motivos. Además de la citada dictadura militar, esto se debe en parte también a la formación universitaria, dado que la mayor parte de los estudios y carreras de psicología que se imparten en Latinoamérica, como en Chile, Argentina y Uruguay, continúan utilizando paradigmas pedagógicos ligados de tipo escolástico, es decir, demasiado doctrinales, excesivamente técnicos y sin motivar el pensamiento crítico (Benito, 2009), manteniendo a su vez una tradición docente poco progresista. Es más, de

forma particular, en Chile, la mayor parte de los planes de estudio de Psicología en el país reducen prácticamente a una asignatura los contenidos de orientación conductual, siendo categorizada de tipo básica con el nombre de Psicología del Aprendizaje (Vera-Villarroel et al., 2006). Con tales datos, no es de extrañar que en un estudio sobre las preferencias de los estudiantes de último curso de la carrera de psicología de Colombia, Chile, México y España, precisamente sea Chile uno de los que menos acepta la orientación conductual (Vera-Villarroel, Arco, Buela-Casal, & Justicia, 1998; cit. en Vera-Villarroel et al., 2006). El resultado es, por tanto, que las terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual no son la preferencia entre la comunidad psicológica chilena (Vera-Villarroel et al., 2006) y por consiguiente, no suelen aplicarse con asiduidad.

En nuestro manual se ha tenido en cuenta la poca presencia y práctica de las terapias de orientación conductual, y en base a ello se han incluido diversas advertencias a considerar por los terapeutas al aplicar la Terapia Híbrida de activación conductual.

En primer lugar, se ha considerado la brevedad de estas terapias, , en contraposición con las de uso en Chile, que por lo general son de larga duración. A ello habría que sumar que la terapia Híbrida original dispone de ciertas premisas que indican al terapeuta que debe hacer énfasis en que las actividades sencillas no equivalen a un fracaso de la terapia. Por esta razón, se añade a nuestra adaptación una nota al terapeuta para que sea consciente de que una terapia de pocas sesiones no significa que no funcione, sirva o sea útil. Es más, la nota indica que el tratamiento conductual para la depresión es uno de los tres tratamientos psicológicos para la depresión más eficaces (Hollon & Ponniah, 2010; Pérez-Álvarez & García-Montes, 2014) y cumple con los

criterios para ser considerado tratamiento empíricamente validado, bien establecido (Chambless et al., 1998).

Por otro lado, las terapias de orientación conductual incluyen como herramientas multitud de cuestionarios y otros instrumentos de evaluación de tipo test en los que se incluyen tipos de respuesta de selección múltiple. Este tipo de instrumentos, en ocasiones, contienen también preguntas planteadas a la inversa, es decir, de forma negativa. Al igual que sucedía con las terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual, el uso de estos instrumentos en Chile es, desde una visión histórica, relativamente reciente por los mismos motivos que aquellas. Aunque en los inicios de la creación y adaptación, estos instrumentos estaban acordes con el modelo de la psicología como ciencia empírica y comenzaban a utilizarse en la práctica (Bravo, 2013; cit. en Vinet & González, 2013), quedaron estancados por la instauración de la dictadura militar en 1973, dando lugar a la preponderancia de las técnicas proyectivas que no cumplían con los estándares psicométricos. Posteriormente, el desarrollo de los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica fue lento. Tal fue así que, a pesar de que en los últimos diez años la evaluación psicológica en Chile ha presentado estudios con una mayor rigurosidad metodológica, en la actualidad se requiere invertir en diversos aspectos de la evaluación psicológica, entre los cuales es una prioridad el incorporar los estándares internacionales que regulan la utilización de las pruebas de tipo test (Vinet & González, 2013).

Por lo indicado, el uso de los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica no está extendido en la práctica clínica en Chile y su uso no es muy frecuente, lo que conlleva un desconocimiento de los mismos. En nuestra adaptación se ha considerado que los chilenos, al no tener experiencia en este tipo de pruebas, las completan con muchos errores, lo que hace que no sean útiles y fiables. En base a esto, se ha incluido en nuestro manual una nota de

instrucción al terapeuta que indica que no debe entregar estas herramientas a los clientes para que éstos las completen directamente por sí mismos *in situ*, sino que el terapeuta debe leer el instrumento que corresponda al cliente para que éste último responda la opción que desea marcar. Se sugiere hacer esto al menos una vez con cada uno de los instrumentos, e incluso, llegado el caso, una segunda vez.

Además, el hecho de que con frecuencia se utilicen un número elevado de instrumentos de evaluación en todas las versiones de la terapia de activación conductual (BA, BATD, Híbrida), ha supuesto para la adaptación una reducción en el uso de este tipo de instrumentación para ser aplicada en Chile. Por ello, en nuestro manual se ha recomendado, como una de las consideraciones a tener en cuenta por el terapeuta, el tipo de instrumento y/o material que ha utilizarse en cada fase de la terapia. Asimismo, se advierte que, aunque pueden emplearse varios instrumentos de evaluación para conocer el grado de depresión, el nivel de activación conductual, los reforzadores disponibles y el progreso semanal de la persona a lo largo de la terapia (con los instrumentos BDI-II, BADS, EROS y RPI, por ejemplo), es recomendable que se utilice el BDI-II en todas las sesiones (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001; Martell et al., 2001; Martell et al., 2010) y el BADS, EROS y RPI solamente una vez entre las dos primeras sesiones. Esto se debe a dos motivos: por un lado, para que no se vea excesivamente limitado el tiempo de cada sesión con la aplicación de los diversos instrumentos y, por otro lado, para que no resulte molesto al cliente el masivo uso de instrumentos ante los que, como se ha indicado, no están acostumbrados. La experiencia ha demostrado que el abundante empleo de estos instrumentos ahuyenta a los clientes chilenos. Por tanto, de forma particular y en función de esta limitación, se ha escogido: 1) el mantenimiento del BDI-II durante todas las sesiones debido a que en la terapia debe conocerse asiduamente el grado de depresión que tiene la persona; y, 2) el

primer y único uso del BADS, EROS y RPI, que estaría justificado, en primer lugar, por la necesidad de conocer el nivel de activación de base y los reforzadores de los clientes, y, en segundo lugar, porque el uso de estos instrumentos es recomendable pero no necesario dado que pueden conocerse también dichos niveles de activación y los reforzadores a través de la revisión que realiza el terapeuta de las actividades y de cómo se encuentra el cliente en cada sesión.

En la adaptación general al contexto cultural chileno de la terapia, igualmente se han considerado una serie de aspectos relacionados con la traducción de los usos lingüísticos chilenos, así como otros aspectos que forman parte de la vida en Chile y sus circunstancias, siendo la mayor parte de ellos de corte terminológico.

El primero de ellos es la denominación de las personas que asisten y reciben la terapia. La terapia de activación conductual, en todas sus versiones (AC, BATD e Híbrida), rechaza explícitamente el modelo médico de la depresión y ve la misma no como una enfermedad, sino más bien como consecuencia directa del aprendizaje de la historia. Es decir, el problema de la depresión estaría fuera, en lugar de dentro de la persona (Jacobson & Gortner, 2000; Martell et al., 2001; cit. en Kanter, Baruch, & Gaynor, 2006). Por esta razón, no se denominan “pacientes” a las personas que asisten y reciben la terapia, al ser un término asociado a patología y/o enfermedad, que se relaciona con el modelo médico de salud-enfermedad. Por otro lado, tampoco podrían ser denominados “clientes” en Chile ya que en ese país el término puede relacionarse con el dinero, donde la persona paga para ser atendida y tiene una posición inferior o de menor autoridad que el terapeuta. En base a esto, el término que se ha utilizado en nuestra adaptación para referirse a las personas asisten y a las que se les administra la terapia es “usuario”, que al igual

que los términos “paciente” y “cliente”, se utiliza en contextos de salud. El término “usuario” en Chile es, por un lado, más neutro y, por otro, se relaciona con personas que usan o necesitan de algún tipo de servicio, que en este caso es una terapia. Nótese que para la tercera sección de esta tesis doctoral (Metodología) se ha utilizado el término “cliente”, al no tener la misma connotación que en Chile y ser el habitual en España tanto en este tipo de terapias como en la literatura especializada.

El segundo de ellos es la denominación de las “tareas” que los clientes realizan durante la terapia, es decir, la programación en sí misma en la que se basa la terapia de activación conductual. El término “tareas” en Chile se puede entender como “deber” u “obligación”. Por ello se recomienda no utilizar este término “tareas”. En su lugar, se sugiere utilizar la palabra “actividades”, al entenderse como acciones que pueden realizarse y no existir una connotación de obligación a realizarlas. Por esta razón tanto en nuestro manual como en la tercera parte de esta tesis doctoral (Metodología) aparecerá utilizado el término “actividades”.

Existen además otros términos relacionados con la vida diaria en Chile que han sido adaptados en nuestro manual. Aunque posteriormente, en sus respectivos párrafos, se mostrarán aquellos otros relacionados con la identidad chilena, aquí se ofrecen únicamente los que separan las partes en las que puede dividirse un día en Chile: “el almuerzo” chileno, que significa “la comida del mediodía” en España, y la “once”, que nuestra merienda-cena.

3.1.2.2. Adaptaciones en base a la identidad chilena

Identidad nacional es, de acuerdo a Montero (1984) “el conjunto de significaciones y representaciones relativamente permanentes a través del

tiempo que permiten a los miembros de un grupo social que comparten una historia y un territorio común, así como otros elementos socioculturales, tales como un lenguaje, una religión, costumbres e instituciones sociales, reconocerse como relacionados los unos con los otros biográficamente”.

Esta definición, aplicada al territorio chileno, permite relacionar la expresión *identidad chilena* con el concepto “chilenidad”, al considerar la primera acepción del término en el diccionario de la RAE que lo define como el “Carácter o condición de chileno” (RAE, 2014). De este modo, no sólo podemos utilizar el término *chilenidad* como sinónimo de *identidad chilena* sino que podemos entender esta última como el conjunto de expresiones culturales propias de los chilenos, sean estas originarias de ese territorio o adoptadas.

En este sentido, la frontera que divide lo propio como *identidad chilena* y lo externo es sumamente difusa, si bien hay que tener en cuenta que los rasgos que definen una cultura rara vez son originarios de esa cultura, sino que, en su lugar, en la mayor parte de las ocasiones son mezclas diversas de un proceso de adaptación cultural. Y esto es exactamente lo que sucede en Chile, ya que los diversos aspectos que conforman la *identidad chilena* han sido traídos desde el exterior principalmente.

Por tanto, en nuestra adaptación, se ha tenido en cuenta la fuerte hibridación cultural que existe en Chile, al ser ese país una mezcla de culturas que asimilan características de diferente procedencia, sobre todo occidentales. Muestra de ello es la relación existente entre los horarios y la alimentación. Como se ha advertido, los horarios alimentarios vienen delimitados por el “almuerzo” y la “once”, y siguen los propios de Estados Unidos de América (“almuerzo” de 1 a 2 pm aprox., “once” de 6 a 7 pm), mientras que las tomas alimenticias o comidas principales del día se equiparan a las europeas, más

comúnmente a las españolas al haber sido Chile colonia de aquélla hasta principios del siglo XIX (Barros-Arana, 1890; Jocelyn-Holt, 1992), a saber: comida (almuerzo), merienda (once) y cena (esta última de 9 a 10 pm). Es decir, algunos chilenos toman la once, cenan o ambas, a diferencia de Estados Unidos de América, donde difícilmente se puede cenar a las 9 ó 10 pm.

No obstante, doscientos años de República han permitido que Chile tenga sus propias idiosincrasias en base a su identidad nacional. Así, de acuerdo al Estudio Chilesopio Identidad Nacional, a través del cual se hace una radiografía a la vivencia y representación de la población chilena como población, la identidad nacional chilena es, en palabras de Patricio Polizzi, “un constructo socio-psicológico de comunidad imaginada en el que converge el pasado y el futuro y que media los comportamientos y relaciones tanto internas como externas” (Visión Humana, 2012).

Según este mismo estudio, una de las características que definen a los chilenos es, entre otras, el orgullo (Visión Humana, 2012). Esta idiosincrasia chilena también ha sido confirmada por Eugenia Tironi (Larraín, 2001, 2014). De este modo, aunque en la terapia Híbrida original se recomienda que el terapeuta tenga cierta tendencia a ser directivo, no es recomendable tenerla cuando ésta se aplica a población chilena. En su lugar, debe buscarse un equilibrio tirando a la baja y tratar de no ejercer “presión” al cliente, ya que de otra manera éste abandonará la terapia sin previo aviso. Ésto es de especial importancia a la hora de revisar las actividades que los clientes han hecho o dejado de hacer. En este sentido, en la terapia Híbrida original, cuando el cliente no ha realizado o completado alguna actividad, el terapeuta, aunque no se centra en lo que ha dejado de hacer el cliente y da énfasis por tanto a lo que sí ha hecho, de algún modo le insiste con cierta presión en que deberá hacerla. Sin embargo, esta actitud debe evitarse en Chile. Aunque de alguna forma el

terapeuta debe consultar (sin recriminar) al cliente la razón por la que no hizo o completó la actividad, a su vez debe animarle, sin ejercer presión, a que en futuras ocasiones la pueda hacer sin olvidar indicarle que es para que se active ya que el estado de “inactividad” invita a continuar inactivo y a no hacer las actividades.

Según un estudio en el que se analizaron los valores culturales de personas de 37 nacionalidades diferentes (Owe et al., 2013), otra característica sobresaliente de los chilenos es la competitividad. El chileno es muy competitivo, tanto en endogrupo como en exogrupo, es decir, entre ellos mismos y con los extranjeros. En lo que respecta a la terapia, cuando se crean y piensan actividades para la misma, el chileno tiene tendencia a ponerse metas muy altas, irrealistas o difícilmente alcanzables, lo que choca con las sugerencias de la terapia de activación conductual en todas sus versiones (AC, BATD e Híbrida) de plantear actividades fáciles y viables para terminarlas con éxito, sobre todo al principio. Como resultado de la adaptación, el terapeuta en Chile deberá, por un lado, recordar al cliente la importancia de que las actividades deben ser realistas y viables, desglosándolas a su unidad más básica, y que deben seguir una progresión en dificultad a lo largo de las sesiones con la finalidad de alcanzar metas más complejas poco a poco, y, por otro lado, insistir de forma constante y reiterativa en ello teniendo cuidado en cómo se le indica al cliente para que éste no se enfade debido al orgullo. Este punto es también de vital importancia para el éxito de la terapia, por lo que el terapeuta debe estar siempre muy pendiente e insistir delicada pero constantemente en la proposición de actividades asequibles.

No cabe duda de que la competitividad podría relacionarse con la cualidad de trabajador. Sin embargo, este no es el caso del chileno. De acuerdo a diversos autores, los chilenos tienden a “ser flojos” (Bucciferro, 2012; Centro

de Estudios de Opinión Ciudadana, 2006). Es más, el aspecto más negativo de los chilenos es el ser “flojos y sacadores de vuelta” (Larraín, 2001), es decir, vagos y con tendencia a escaquearse. Por tanto, esto tiene unas implicaciones directas en nuestra adaptación, dado que en todas las versiones de la terapia de activación conductual se incluyen numerosos folletos, tablas, fichas, formularios, cuestionarios y otro tipo de materiales que el terapeuta entrega a los clientes para que éstos los completen con el fin de ser entregados en una sesión posterior. Esta diversidad de materiales obliga al cliente a leer y escribir en abundancia. Debido a la característica negativa aludida en este párrafo, los materiales que se entregan a los clientes chilenos que reciben la terapia deben ser muy breves, casi reducidos a su mínima expresión, e incluso en algunos casos fusionando el contenido de varios formularios, tablas, fichas, hojas y otros materiales en un único documento a realizar y de menor extensión que en la terapia original. De esta forma se evita que, como consideran los propios clientes chilenos, tengan que trabajar mucho, con el fin de que casi exclusivamente se dediquen a la realización de las actividades. Además, hay que considerar que, mientras el cliente chileno crea que puede salir adelante sin trabajar, es decir, “sacando la vuelta”, no realizará ningún esfuerzo. No obstante, debe tenerse en cuenta que en el caso de que el cliente perciba que tiene que hacer demasiado trabajo por su cuenta, dejará de asistir a la consulta sin dar aviso alguno al terapeuta, por lo que nuevamente el terapeuta debe encontrar un equilibrio en el esfuerzo personal requerido al cliente ya que gran parte de la terapia Híbrida (tanto la original como la que se ha adaptado) está basada en este esfuerzo personal. En este mismo sentido, la cualidad de “flojos” hace difícil el uso de las tablas y de los formatos entregados a los clientes para que cumplimenten al detalle toda la información posible, ya sea de una actividad completa, un registro del día o semanal, como por ejemplo, el registro durante dos semanas de las actividades que el cliente realiza al detalle

para establecer la línea base de activación y, a su vez, obtener información de sus intereses o valores personales, que pueden recogerse con la Bitácora de actividades nivel base semanal. Por consiguiente, en nuestro manual se han realizado las siguientes modificaciones: 1) se han disminuido y simplificado la cantidad de materiales que se le entregan para casa; 2) se ha recomendado que el cliente describa de forma verbal en la sesión todos los detalles de las actividades que haya hecho en dos días de la semana (uno entre semana y otro festivo) para establecer su línea de base de activación y conocer sus intereses con la finalidad de hacer actividades que le “enganchen” a una vida con sentido, siendo el terapeuta el que complete la Bitácora de actividades nivel base un día con esta información; y, 3) se ha recomendado igualmente que el terapeuta pueda solicitar que el cliente anote alguna cosa (aquello que les parezca oportuno y necesario), y, por tanto, evitar que hagan registros detallados de las actividades como “tareas” fuera de la sesión. De este modo, mientras que en la terapia Híbrida original se utilizan diversos documentos o materiales para obtener la información del cliente correspondiente a su nivel base de activación (Bitácora de actividades nivel base semanal), a sus intereses o valores (VLQ), a graduar las actividades en orden jerárquico de dificultad de mayor a menor y programación de actividades completa a realizar de la semana (Hoja de jerarquía de actividad y Hoja de tareas de activación de BA respectivamente, que han sido fusionadas y adaptadas en la Hoja de activación para guiar la programación de actividades específicas), en nuestro manual, para todo ello, se ha recomendado utilizar solamente dos documentos, que son los aplicados en nuestra adaptación; a saber, la Bitácora de actividades nivel base un día y el VLQ adaptado. Cabe decirse que este último documento es utilizado varias veces a lo largo de toda la terapia con el fin de que resulte familiar.

En cierto modo, todo lo anterior está relacionado con lo que el chileno denomina “ser desordenado” o, en otras palabras, la preferencia del chileno por no incluir lo estructurado. Este desorden tiene tres implicaciones en la adaptación de la terapia: la falta de puntualidad, la realización de las actividades a última hora y un elevado absentismo a las sesiones terapéuticas.

1. La impuntualidad caracteriza al chileno de acuerdo a los estudios de Visión Humana en los que se hace una radiografía a la identidad nacional de los chilenos (Visión Humana, 2010, 2012), y es el hábito peor visto en Chile. Es más, dos de las frases más utilizadas por los chilenos que aluden a dicha falta de puntualidad son: “altiro” y “nos juntamos tipín ocho”. Ambas, sobre todo la primera, son empleadas de forma similar que la expresión mexicana “ahorita mismo”, es decir, “tarde, mal y nunca” en español coloquial. Por este motivo, en los horarios de las actividades y de las sesiones, la terapia debe tener en cuenta esta consideración, por lo que debe evitarse asignar actividades en horarios exactos o puntuales. Además, se ha recomendado que el terapeuta tenga en cuenta que, si de forma irremediable le solicita al cliente que realice una determinada actividad en un horario puntual, y a éste se le pasa ese horario sin hacerla, hay mucha probabilidad de que finalmente ya no la haga. Por lo tanto, el terapeuta no debe tener en cuenta horarios exactos a la hora de pensar en las actividades sino que debe pensar en los rangos horario en los que se puede dividir el día a día de la población chilena. Estos rangos o divisiones horarias serían tres: la mañana, que va desde que se levantan hasta la hora del “almuerzo”; la tarde, que comprende desde después del “almuerzo” hasta la “once”; y la tarde-noche, desde después de la “once” hasta irse a dormir.

2. El hecho de dejar las cosas para última hora, es decir, la procrastinación, es considerado otro mal hábito de los chilenos (Bucciferro, 2012). Aunque este aspecto es previsto en cierto modo en la terapia Híbrida original, en nuestra adaptación hemos enfatizado esta instrucción doblemente. Por un lado, se ha recordado al terapeuta que debe estructurar las actividades a realizar por el cliente de forma bien delimitada, tanto en sus rangos horarios (como se ha visto en el punto anterior), como en los días de la semana en los que realizar las actividades. Por otro lado, se ha advertido al terapeuta que le insista al cliente en este punto para evitar que dejen todas las actividades para el último momento. Es más, como la mayor parte de las veces en las que no hacen las actividades porque las han dejado a última hora, la excusa ofrecida por el cliente es que se les ha olvidado, la recomendación de la terapia Híbrida original sobre usar recordatorios para hacer las actividades en la segunda parte de la terapia, se sugiere ya desde los primeros momentos en la adaptación de la terapia a Chile con el fin de que el cliente recuerde hacer sus actividades en su momento y no en el último momento.

La inasistencia a las sesiones terapéuticas no es infrecuente en general (Delaney, 1998; Killaspy, Banerjee, King, & Lloyd, 2000; LaGanga & Lawrence, 2007; Pekarik, 1985) y la falta de asistencia, o discontinuidad de los clientes chilenos a las terapias es evidente hasta tal punto que de alguna forma el sistema sanitario lo intenta prevenir a través de llamadas recordatorias a los clientes por lo general un día antes de la cita, aunque lamentablemente a veces no son suficientes para evitar las inasistencias. En concreto, en las terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual, las inasistencias de los chilenos se deben principalmente a cuatro motivos. Primero, porque este tipo de terapias suelen producir una mejora inicial rápida, por lo que el chileno en

cuanto ve algo de mejoría, suele confiarse y ya no vuelve, lo que suele conllevar recaídas. Segundo, porque los chilenos no están acostumbrados a ser clientes “activos”, dado que tienen preferencia por ser clientes “pasivos” por dos razones: una, porque, como se ha advertido previamente, las terapias psicológicas que conocen principalmente son de enfoque psicodinámico y fenomenológico y en éstas el cliente es generalmente pasivo; y otra, porque en general no desean esforzarse.⁵ Tercero, porque en este tipo de terapias la frecuencia a las sesiones suele ser semanal y el chileno tampoco está acostumbrado a una asistencia a sesiones tan seguidas y con pocos días de margen entre las mismas. Cuarto, porque los clientes chilenos prefieren no tener obligaciones durante las festividades nacionales y locales, lo que suele implicar una mayor inasistencia a las sesiones en aquellas citas que se incluyen en las semanas que contengan uno de esos días festivos, especialmente si sucede a principio o final de la semana, es decir, en lunes o viernes.

Por ello, en nuestra adaptación se ha considerado, en primer lugar, reducir el número de sesiones, considerando que a menor número de sesiones, menos probabilidad de absentismo se produce, puesto que además, el chileno, prefiere menos sesiones aunque éstas sean de mayor duración temporal. Así, en nuestra adaptación las sesiones han quedado en un total de diez más una de presentación y entrevista, siendo las dos primeras de 1h 30', y las restantes de 60'. Esto equivaldría al mismo total de horas que la terapia Híbrida original, y por tanto, se han fusionado tres sesiones en dos que incluyen la entrevista donde se recogen los datos de anamnesis, los horarios disponibles, hobbies, relaciones, brevemente el nivel de activación que presenta y otros datos que puedan considerarse relevantes, y el proceso de evaluación en el que se

⁵ Esto último estaría relacionado con la característica de “flojo”.

obtienen el grado de depresión, el detalle del nivel de activación que presenta y los reforzadores que tiene disponibles en su ambiente. Además, para evitar que el número de sesiones pueda aumentar debido a la posible dispersión comunicacional del cliente chileno en la que pierde el hilo del tema principal centrándose en su malestar y sus problemas principales, se ha recomendado que el terapeuta, de alguna forma, “encuadre” al cliente, escuchándole de forma empática pero recuperando, a su vez, los objetivos que tiene predeterminados para cada sesión. Con esto se evita igualmente reforzar la dispersión comunicacional. En cualquier caso, también se ha recomendado que el terapeuta no recrimine la inasistencia debido al “orgullo”, pero sí incentivarle y motivarle para que asista a las sesiones utilizando cualquier información que se estime oportuno, tal como recordarle la efectividad de la terapia o que está limitada a un breve número de sesiones. En segundo lugar, se ha observado que una vez que los clientes se han acostumbrado a la asistencia semanal, alargar el tiempo entre las últimas sesiones con la intención de impartir la prevención de recaídas supone un riesgo muy elevado de que los clientes no regresen a las últimas sesiones y la terapia se quede sin finalizar. Por ello, en nuestro manual se han hecho dos recomendaciones: 1) No dejar el proceso de prevención de recaídas para el final e ir elaborando por tanto la Guía para mantenerse activo entre la cuarta y la séptima sesión, siempre que proceda, y revisarla con mayor profundidad desde la octava sesión para terminarla en la última. 2) Que el terapeuta sopesa, para cada cliente en particular, la viabilidad de alargar o no el tiempo entre las últimas sesiones. Se ha indicado también que sería ideal dejar entre dos y tres semanas de margen entre las últimas sesiones para ver este proceso de prevención de recaídas, pero será nuevamente el terapeuta quien valore su viabilidad en función del cliente. 3) Como última recomendación, se sugiere que el terapeuta intente prever la probable inasistencia en las semanas con festividades importantes, como por

ejemplo en las “Fiestas Patrias”, Navidades y similares, insistiendo en que debe asistir dado el carácter semanal de la terapia y, a su vez, recordando vía telefónica el día y la hora de la cita.

3.1.2.3. Adaptaciones en base a otros aspectos culturales y sociales

Además de las características propias de la identidad chilena que afectan a la terapia original, existe otra serie de aspectos culturales y sociales relacionados con el mundo latinoamericano que de igual modo afectan a la terapia original y, por tanto, han sido considerados en nuestra adaptación.

El primero de ellos es el referido a los colores. La América de habla hispana tiene preferencia por lo colorido. A la población latina le gusta el color (Pirela-Torres, 1999; Idrobo-Velasco, 2012), y, además, su uso se recomienda en todo contexto en personas con depresión (Carruthers, Morris, Tarrier, & Whorwell, 2010). En base a esto, nuestra adaptación sugiere que a todos los instrumentos que se utilicen con el cliente, con excepción de los cuestionarios, se les añada un fondo de color, a ser posible con algún motivo gráfico o dibujo. En este sentido, se ha recomendado en nuestra adaptación que el instrumento más utilizado en toda la terapia, el VLQ adaptado, cuente con uno o varios dibujos relacionados con los valores o intereses y objetivos del cliente, para que cuando se lo lleve a la casa le sirva como recordatorio de sus valores y objetivos en la vida, así como de las actividades que debe realizar durante la semana. Al agregar un dibujo de color con sus valores o intereses y objetivos, el VLQ adaptado se personaliza específicamente para el cliente de forma que éste se siente más identificado. Además, el uso del color evita lo “monocromático” y el uso del blanco y negro, rompiendo así con la tendencia de las personas con depresión de ver la vida “monocromática” y transfiriendo de ese modo su embotamiento emocional a la realidad (De Leo, Rocco, Dello

Buono, & Dalla Barba, 1989). También evita la preferencia de las personas con depresión por los colores grises y oscuros que se relacionan con estados de oscuridad, vida monótona y sin color, tristeza, miseria o falta de interés (Carruthers et al., 2010).

En segundo lugar, en el contexto cultural latinoamericano no se entienden ni utilizan los acrónimos de la misma forma en la que lo hacen las terapias de activación conductual (Kanter et al., 2015). Es decir, que además del significado atribuido por la RAE (2014), que define el término *acrónimo* como un “vocablo formado por la unión de elementos de dos o más palabras, constituido por el principio de la primera y el final de la última [...], o, frecuentemente, por otras combinaciones”, en las terapias de activación conductual, el acrónimo resultante tiene una función y significado por sí mismo.

Por ello, en nuestro manual se han sustituido los acrónimos de la Ficha TRAP-TRAC por los de la Hoja GRIPE-GRIPEA, así como su contenido. También se ha recomendado al terapeuta que insista en dos aspectos: primero, que utilice diversos ejemplos del significado de cada una de las letras del acrónimo GRIPE-GRIPEA, y segundo, que todas las letras del acrónimo forman una palabra que tiene en sí misma una función y un significado, indicando a su vez el ejemplo de la palabra GRIPE para referirse a un estado en el que se está cerrado interiormente, esto es, cansado, abrumado, sin ánimo, etc. para designar que es un estado del que hay que salir, activándose, utilizando GRIPEA, que es el afrontamiento alternativo a ese estado. Además, en nuestro manual la palabra “acrónimo” se ha sustituido por la palabra “siglas”, dado que es el término que frecuentemente se utiliza en Chile para referirse a aquélla.

En tercer lugar, dentro de la diversidad que supone la heterogeneidad del mundo latinoamericano, también podemos encontrar ciertos valores compartidos que, por los motivos que a continuación se detallarán, han sido considerados en nuestra adaptación. Estos son el familismo, el machismo, el marianismo y el fatalismo.

El familismo se refiere al núcleo familiar y al elevado valor que los latinoamericanos atribuyen a la familia, es decir, las estrechas conexiones y relaciones con los familiares son considerados de especial importancia (Zinn, 1982). Así, la familia se encuentra precisamente en lo más alto de la jerarquía de los valores o ideales de los chilenos (Visión Humana, 2013). De este modo, el tiempo libre de los chilenos prefieren pasarlo con sus seres queridos, principalmente con su familia dado que su arraigo familiar es muy fuerte (Fundación Imagen de Chile, 2016). Uno de los aspectos en los que el familismo afecta en la terapia es que al terapeuta le resulta complicado crear actividades que no realicen con sus familiares, pues la preferencia de los clientes chilenos es hacerlas con familiares o amistades. Si bien compartir con la familia puede ser una fuente importante de actividades a realizar por los clientes, en ocasiones, sobre todo al principio de la terapia, es preferible que realicen las actividades solos, de forma individual y para ellos mismos. Esto se debe a que los chilenos crean una dependencia muy elevada con la familia y cuando sus relaciones familiares no pasan por sus mejores momentos, como cuando se ven amenazadas por el divorcio, la infidelidad, el abuso, el aislamiento y la pérdida de las relaciones de apoyo, sus niveles de activación caen drásticamente, generando y manteniendo la depresión (Cabassa, Lester, & Zayas, 2007), al no hacer prácticamente actividades ellos solos, ni por sí mismos. En este sentido, nuestro manual propone que, sobre todo al principio, los clientes realicen las actividades solos, compartiendo con la familia actividades en aquellas ocasiones especiales y días festivos que lo requieran,

pero que el terapeuta siempre intente dar preferencia a la autonomía de los clientes chilenos. La parte positiva del familismo en la terapia es que, debido a que los clientes tienen relaciones muy estrechas con los familiares, conforme mejoran el estado de ánimo a lo largo de la terapia, se pueden proponer actividades para compartir y hacer con los seres queridos.

Por otra parte, tanto el machismo como el marianismo, en los latinoamericanos, representan tradicionales roles de género. Por machismo se entiende el estereotipo del papel masculino latino, que entiende que los varones son superiores a las mujeres, teniendo más privilegios, de los cuales se espera que prevean, protejan y defiendan a la familia, y por esta responsabilidad deben ser respetados y venerados (Giraldo, 1972). Por otro lado, el marianismo es un constructo que alude a la mujer para definir un comportamiento en el que ésta queda relegada ante las necesidades de la familia, es decir, estas últimas se situarían en primer lugar, quedando las propias necesidades de la mujer desatendidas (Santiago-Rivera, 2005). Por consiguiente, las mujeres han de ser abnegadas hacia sus familias y sus niños, tener paciencia y ser cuidadosas y piadosas (Arredondo, 2002; cit. en M. J. Herrera, 2013). Así, las mujeres no se conciben sin sus familias, es decir, como si fueran una unidad. Quedan relegadas a un plano prácticamente inexistente, hasta tal punto que los niveles más altos de marianismo se asocian a los niveles más altos de síntomas depresivos (Orlandini, 2000; cit. en M. J. Herrera, 2013).

Una de las formas que se ha utilizado en nuestra adaptación para que el terapeuta sea sensible al marianismo y al familismo, y consiga mitigar en algún grado los efectos de estos valores es la recomendación de que los últimos diez minutos de cada sesión se trabaje relajación, en concreto la versión de Bernstein y Borkovec (1973) de la relajación progresiva de Jacobson, en su guía de entrenamiento para diez sesiones, siendo ésta una forma de que los clientes,

por un lado, descarguen la tensión acumulada durante el día y se relajen, y, por otro lado, que se dediquen un tiempo para ellos mismos. Además, es una forma de inculcar hábitos saludables para uno mismo, siendo el precursor de las actividades de higiene y cuidados personales que se recomiendan que el terapeuta programe durante la terapia como actividades para realizar por el cliente. En este sentido, en nuestro manual se advierte que de todas las actividades que el terapeuta acuerde con el cliente durante la semana, al menos dos obligatoriamente tienen que estar relacionadas con los hábitos saludables de la higiene y el cuidado personal. Es decir, que se realicen actividades en las que los clientes se dediquen un tiempo a sí mismos con el fin de sentirse mejor, a pesar de que quizás estas actividades no se correspondan con ninguno de los intereses de los clientes y contradiciendo ocasionalmente algunos aspectos de la terapia híbrida original. Esto se debe a que dedicarse tiempo a uno mismo para mantener unos hábitos de higiene y cuidado personal saludables ayuda a que las personas se gusten más a sí mismas y, a su vez, a que fortalezcan su autoestima, lo que influye en la mejora del estado de ánimo (PAHO/WHO, 2010; WHO, 2004).

Por otro lado, en nuestro manual se ha señalado otro caso clínico que ejemplifica cómo abordar dos de los valores anteriores; el machismo y el marianismo, y que describe el caso de una cliente mujer que desea descargar el agobio que le supone hacerse cargo de las tareas de la casa, de su trabajo fuera de la misma y, además, del cuidado del esposo y los hijos, y para ello propone demandar la colaboración directamente al marido en el momento en el que esté realizando alguna de esas tareas. Si bien esto podría ser bien recibido, en un núcleo familiar donde el machismo está arraigado, es probable que no fuera bien aceptado y podría darse el caso de que el marido le prohibiera terminantemente seguir asistiendo a la terapia. No sería nada extraño en Chile ya que este tipo de sucesos se han dado y se siguen dando. Por tanto, en el

caso ejemplo indicado, el terapeuta advierte que una de las primeras actividades a realizar es que hable con el marido la posibilidad de que él le ayude en algunas tareas de la casa, y de forma progresiva, en posteriores actividades, le solicite una mayor ayuda, comenzando por actividades que sean fáciles y poco costosas en tiempo.

Por su parte, el fatalismo es una creencia cultural extendida entre los latinoamericanos (Abraído-Lanza et al., 2007). Este concepto se refiere a una percepción negativa sobre el futuro en la que se considera que no se tiene ningún control para cambiar el curso de los acontecimientos (Caban & Walker, 2006). Concretamente, la desesperanza y el pesimismo serían dos elementos a partir de los cuales se regiría la percepción que se tiene de la vida, siendo su base la exclusión social y la pobreza, muy habituales en Chile (Larraín, 2014), lo que influye en que muchos de los clientes chilenos se consideren a sí mismos negativos y depresivos, como si ambos fueran rasgos característicos inherentes en ellos. Por tanto, si un cliente chileno cree que a pesar de lo que haga no cambiará sus circunstancias, el resultado de la terapia se verá afectado porque dicho cliente no querrá invertir esfuerzo alguno en la realización de las actividades al tener la creencia que de igual modo no saldrá de la depresión. Por ello, en nuestro manual se ha descrito, mediante un ejemplo con un caso clínico, la forma en la que el terapeuta podría responder ante un cliente que se describe a sí mismo como “depresivo por naturaleza”. Además, otra forma que se ha descrito para hacer frente al fatalismo y a los pensamientos negativos que derivan del mismo es el saboreo, que es una técnica positivista en la que se toma conciencia del placer que producen las situaciones, intentando de forma deliberada que permanezca fijando los recuerdos de las situaciones positivas mediante diversos recursos, auto-felicitándose y elogiándose cuando suceden cosas positivas y aceptando lo negativo sin quedarse fijado en ello. Además, el saboreo también es una técnica que puede utilizarse como una respuesta

alternativa e incompatible con la rumiación, por la que se focaliza la atención en los elementos positivos de las situaciones utilizando los cinco sentidos sobre la experiencia que se vive, sumergiéndose en ella y bloqueando cualquier otro elemento ya sea externo o interno (Bryant, Chadwick, & Kluwe, 2011; Bryant & Veroff, 2006). En nuestro manual se ha sugerido que cuando los clientes no realicen actividades por los pensamientos invasivos de tipo rumia y el malestar que les producen, el terapeuta explique qué es el saboreo y que desde ese momento todas las actividades que realicen las hagan en base a vivir plenamente ese momento sin atender a otros aspectos no relevantes o superfluos que no estén relacionados única y exclusivamente con la experiencia de lo que se está haciendo.

De cualquier modo, aunque los valores y creencias familismo, machismo, marianismo y fatalismo son prominentemente latinoamericanos, no tienen por qué desarrollarse en todos los clientes chilenos, ni de forma individual ni conjunta. En sí, estos valores y creencias muestran a la familia como el núcleo principal, la cual debe estar sujeta a un régimen jerárquico en el que la autoridad recae principalmente en los varones, padres y esposos. Sin embargo, hay que considerar que, a diferencia de lo que el grupo de Kanter propuso en la versión para ser aplicada a población latina residentes en Estados Unidos (Kanter et al., 2015), estos valores y creencias no son tan marcados en Chile. Aún así, en nuestro manual ha quedado de forma implícita la indicación al terapeuta de que debe ayudar y guiar a los clientes, siendo además sensible a estos valores, aceptándolos, respetándolos y no contradiciéndolos.

La religión es otro elemento cultural que debe considerarse en la adaptación. El chileno se caracteriza por una alta religiosidad popular, con excesiva tendencia al ritual y a la devoción religiosa, siendo casi un 60% de los chilenos los que se declaran católicos (Fundación Imagen de Chile, 2016) y

estando el 48% interesados en la religión en general (Visión Humana, 2013). Esto no es extraño si consideramos que, aunque el cristianismo ha sido la religión oficial del territorio chileno desde la época colonial hasta el siglo XX, la libertad de culto fue otorgada desde 1865 (Sánchez-Gaete, 2011). En lo que concierne a la terapia, la religión puede contribuir tanto positiva como negativamente. Por un lado, ésta puede ser una fuente de actividades a realizar en la terapia, tales como que el cliente se dedique a sí mismo algunos momentos del día o de la semana para orar y/o meditar, hacer visitas a la iglesia, colaborar en labores religiosas a partir de las cuales pueden ayudar a otros y sentirse útiles, mientras que, por otro lado, puede existir la tendencia a atribuir sus mejoras no debido a sus esfuerzos en la terapia sino a una intervención divina. Así, en nuestro manual se ha tenido en cuenta este aspecto y sugerido al terapeuta que esté alerta ante algunos comentarios que puedan menoscabar su sentido de autoeficacia, tales como “Gracias a Dios” y “Tengo fe en que...”, ante los que el terapeuta deberá recalcar que la fe puede ayudarles pero que el esfuerzo deben hacerlo ellos. Para ello puede darles el ejemplo del estudiante que espera tener suerte en un examen, pero que el profesor le advierte que a la suerte hay que ayudarla con esfuerzo, es decir, estudiando.

Asimismo, la gran desigualdad económica en Chile es otro de los aspectos sociales que se ha considerado. En valores cuantitativos, para este año de 2017, Chile ha puntuado con unos niveles muy elevados (0,465) en el coeficiente Gini, siendo éste un nivel de medición de desigualdad que oscila entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desigualdad. Es más, Chile ha superado, en este coeficiente, a todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), cuya media es de 0,318, entre los que se encuentra Estados Unidos (0,394), siendo este último el más desigual de todos los países desarrollados (Organización Internacional del

Trabajo, 2017). Asimismo, el sistema económico chileno es un extremo del modelo neoliberal, donde el consumo promueve el endeudamiento, de forma que el chileno es considerado un ciudadano “credit-card” (Larraín, 2014). Por ambos motivos, en nuestra terapia se recomienda, por un lado, que el terapeuta piense en conjunto con el cliente en actividades que no requieran inversión económica alguna o que ésta sea mínima, y, por otro lado, que el terapeuta no presuponga los recursos económicos del cliente en función de la institución desde la que se le presta el servicio, ya sea ésta pública o privada, en otras palabras, que el terapeuta no dé por supuesto que un cliente no tiene dinero porque se le atiende desde un servicio público ni tampoco lo contrario, es decir, que tiene cierto poder adquisitivo porque se le está atendiendo desde un servicio privado. De este modo, la mayor parte de las actividades que aparecen ejemplificadas en los casos clínicos del manual cuentan con estas dos premisas.

Finalmente, tras el proceso de traducción y adaptación de los materiales, se han obtenido dos tipos de productos, ambos adjuntos en los anexos. Por un lado, el *Manual de la terapia Híbrida de activación conductual para la depresión en Chile: Guía formativa y práctica*, y, por otro lado, una serie de instrumentos, cuyas denominaciones en los correspondientes usos lingüísticos se muestran en la Tabla 5. No obstante debe señalarse que, para mejorar el proceso de traducción y adaptación de los productos resultantes, es recomendable que un especialista lingüista senior haga una revisión final de los textos traducidos y adaptados con el objeto de analizar y revisar al detalle la transferencia de la información, que verifique sus equivalencias, la fraseología, etc., así como para comprobar que se han vertido correctamente todos los datos de los textos originales incorporando sus significados. Esta revisión final será realizada en un futuro próximo antes de la publicación del manual.

Tabla 5. *Tabla de correspondencia de títulos de instrumentos adaptados, traducidos y originales.*

<i>Español de uso en Chile</i>	<i>Español de uso en España</i>	<i>Inglés</i>
Cuestionario de Eventos Placenteros (PES)	Cuestionario de Refuerzos Placenteros (PES)	The Pleasant Events Schedule (PES)
Hoja GRIPE-GRIPEA	Ficha TRAP-TRAC	TRAP-TRAC Sheet
Bitácora de actividades nivel base un día	Tabla de actividades de la activación conductual – actividades programadas para... un día de la semana	Behavioral activation activity chart-scheduled activities for... day of the week
Bitácora de actividades nivel base semanal	Tabla de actividades de la activación conductual. Monitorización de actividades, emociones, estado anímico, placer y dominio	Behavioral activation activity chart/monitoring activity/pleasure/mastery
Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ)	Cuestionario de Vida Significativa (VLQ)	The Valued Living Questionnaire (VLQ)
Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)		The Environmental Reinforcement Observation (EROS)
Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI)		The Reward Probability Index (RPI)
Contrato con los otros importantes	Contrato conductual para ayudar a eliminar conductas depresivas	Contract
Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)		The Behavioral Activation for Depression Scale (BADS)
Guía para mantenerse activo	Guía para permanecer activo	Staying Active Guide
Guía de análisis funcional	[No disponible]	Functional Assessment Guide
Hoja de activación para guiar la programación de actividades específicas	Hoja de jerarquía de actividad	Activity hierarchy sheet
	Hoja de tareas de activación de BA	Homework activation sheet
Modelo de los tres círculos	Diagrama de los tres círculos	Three circles diagram
Modelo de los dos círculos de la depresión	[No disponible]	Two circles model
Hoja de evaluación de finalización de actividades	[No disponible]	Observed-based BA homework completion measure

3.2. LA MUESTRA

3.2.1. Selección de la muestra

En primer lugar, debe señalarse que no se ha realizado una comprobación de la eficacia de la terapia, al haber sido efectuada previamente tanto por estudios realizados para comprobar la eficacia de las dos versiones de terapia de activación conductual que integran la terapia híbrida (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop, & Hollon, 2007; Daughters et al., 2008; Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Gawrysiak, Nicholas, & Hopko, 2009; Hopko & Lejuez, 2007; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, & McNeil, 2003), como por investigaciones recientes que han puesto a prueba la efectividad de la terapia Híbrida (Folke, Hursti, Tungström, Söderberg, Ekselius, et al., 2015; Folke, Hursti, Tungström, Söderberg, Kanter, et al., 2015), sino que se ha procedido a desarrollar la adaptación de la terapia a un contexto cultural y lingüístico determinado, en concreto al chileno. Por lo indicado, no se ha requerido la utilización de una muestra amplia, sino la suficiente para adaptar la terapia al contexto cultural y lingüístico objetivo y comprobar que se rige por los mismos principios que la original.

En principio se estimó que cuatro participantes podrían ser suficientes para el total de la muestra. Sin embargo, el estudio comenzó con un total de diez sujetos diagnosticados con depresión, de los cuales dos fueron excluidos porque uno tenía comorbilidad con trastorno por consumo de alcohol y otro por no estar interesado en participar en la terapia sino en que se le otorgara un informe de incapacitación vitalicia. Por tanto, un total de ocho sujetos cumplieron los criterios de inclusión, por lo que la muestra quedó finalmente constituida por 8 personas con diagnóstico de depresión, y todas contaban en su historia con intentos de suicidio, a excepción de una que presentaba ideación con planificación suicida. Todas ellas fueron evaluadas con los

instrumentos adecuados para confirmar o descartar el diagnóstico de depresión, así como para conocer la gravedad de la misma, a partir de los cuales siete de ellos presentan un diagnóstico de trastorno depresivo mayor grave, y otro moderado. Los criterios de salud mental utilizados para realizar los diagnósticos fueron en base al *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 2014). Ningún sujeto abandonó el proceso psicoterapéutico y todos finalizaron la terapia.

Los criterios de inclusión de la muestra para que la terapia pudiera ser administrada fueron que se cumpliera con los siguientes criterios diagnósticos: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), otros trastornos depresivos clínicos o estado de ánimo depresivo significativo comórbido con otro diagnóstico. Por otro lado, se excluyó de la terapia a aquellas personas con depresión bipolar, sintomatología psicótica persistente, trastorno primario que no fuera la depresión (a excepción de que se considerara que la depresión debía ser objeto de intervención inmediata), y a aquéllas con trastornos relacionados con sustancias.

Así, en particular, los sujetos de la muestra procedían tanto de zonas urbanas como rurales de cualquier región de Chile, desde la Región de Atacama (Norte) hasta la Región de Magallanes y la Antártica Chilena (Sur), incluyendo a la Región Metropolitana de Santiago, la Región de Los Ríos y la Región de los Lagos. No obstante, todos ellos, residentes o visitantes en la zona Sur de Chile, fueron atendidos en centros de la red de salud mental de la zona austral, en concreto, en los “hospitales base” (hospitales públicos de ámbito regional) de la Región de Los Ríos (en Valdivia) y de la Región de Los Lagos (en Puerto Montt), así como del centro de salud mental privado Clínica Collico Salud y Bienestar, situado en la localidad de Collico.

3.2.2. Descripción de la muestra

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la muestra ha sido conformada por 8 personas con diagnóstico de depresión procedentes de cinco regiones de Chile, siendo siete mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre 21 y 58 años con una media de 40,3 años. No obstante, tres de ellos tenían diagnósticos iniciales erróneos cuando llegaron derivados de la Unidad de Urgencias y del Servicio de Psiquiatría, siendo éstos de Demencia tipo Alzheimer de inicio temprano, Trastorno mixto ansioso-depresivo y Narcisa-maligna.

Es relevante mencionar que todos los sujetos a excepción de uno han tenido intentos de suicidio previos a la administración de la terapia con las siguientes peculiaridades: cinco de ellos han tenido un intento de suicidio previo y reciente; dos de los sujetos ha tenido cuatro y tres intentos de suicidio respectivamente, de los cuales el último es reciente; y otro sujeto si bien no ha tenido ningún intento, sí que tiene ideas persistentes de suicidio y recientemente planificación.

El estado civil de los sujetos corresponde al siguiente: dos solteros, dos casados y cuatro separados. La mitad de la muestra tiene hijos. Su nivel de estudios se distribuye del siguiente modo: uno de los sujetos no tiene estudios, dos tienen estudios básicos (Primaria), tres, estudios de Secundaria o equiparables, y dos con nivel universitario. Finalmente, en cuanto a su ocupación, tres sujetos son trabajadores por cuenta propia, dos por cuenta ajena, uno en sus labores y dos estudiantes.

La Tabla 6 resume estos datos de forma gráfica.

Tabla 6. *Descripción sociodemográfica de la muestra.*

Datos	N	%
Sexo		
Mujeres	7	87,5%
Hombres	1	12,5%
Edad		
21 - 30	2	25,0%
31 - 40	1	12,5%
41 - 50	3	37,5%
51 - 60	2	25,0%
Estado civil		
Soltero/a	2	25,0%
Casado/a	2	25,0%
Separado/a o Divorciado/a	4	50,0%
Hijos		
Sí	4	50,0%
No	4	50,0%
Estudios		
Ninguno	1	12,5%
Básicos	2	25,0%
Secundaria/FP	3	37,5%
Universitarios	2	25,0%
Ocupación		
Trabajador por cuenta propia	3	37,5%
Trabajador por cuenta ajena	2	25,0%
Sus labores	1	12,5%
Estudiante	2	25,0%
Región		
Atacama	1	12,5%
Metropolitana	1	12,5%
Los Ríos	3	37,5%
Los Lagos	2	25,0%
Magallanes y la Antártica Chilena	1	12,5%

3.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.3.1. Inventario de Depresión de Beck, 2ª versión (BDI-II)

El inventario de depresión BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) es un instrumento compuesto por 21 ítems que evalúa los síntomas depresivos, conductuales, somáticos y cognitivo-afectivos de personas con depresión que se destina preferentemente para un uso clínico como un medio para medir la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. El instrumento es adecuado para ser utilizado en la medición de los cambios en el grado de depresión durante el transcurso de la terapia. El inventario tiene adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, además de una adaptación para ser aplicada a población española que también cuenta con buenas propiedades psicométricas (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003).

3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)

El STAI-E/R es un inventario que contiene 40 ítems que evalúan el nivel actual de ansiedad así como la predisposición de las personas a responder al estrés en base a dos escalas: una destinada a la ansiedad estado y otra a la ansiedad rasgo. La primera (STAI-E) hace referencia al estado o condición emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión que se perciben de forma consciente, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Esta ansiedad, al ser un estado, puede variar en el tiempo y fluctuar su intensidad. La segunda (STAI-R) refiere a una propensión relativamente ansiosa por la que se diferencian los individuos en su tendencia a percibir las

situaciones como amenazadoras aumentando por consiguiente su ansiedad-estado (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Este inventario dispone de una versión española (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1982). Ambos instrumentos tienen propiedades psicométricas adecuadas.

3.3.3. Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ)

Para la descripción de este cuestionario remitimos al apartado 2.3.4. Tratamiento de Activación Conductual Breve para la Depresión (BATD) de Lejuez. De cualquier modo, aunque el VLQ es un cuestionario que no dispone de puntuaciones y baremos que reflejen medidas, para efectos del análisis de datos de la presente tesis doctoral, se han tenido en cuenta los números de actividades que han realizado los sujetos del estudio en cada una de las sesiones (a partir de la segunda sesión hasta la última), considerando cada actividad como una unidad con la finalidad de analizar si existen diferencias entre los sujetos en función del número de actividades que realizan y también la de si habría relación entre el aumento del número de actividades y la mejoría de los sujetos además de otras relaciones que pudiesen resultar interesantes.

3.3.4. Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs)

La escala BADs en su última versión contiene 25 ítems en una escala Likert que van de 0 a 6, donde cero indica “en absoluto” y seis “totalmente cierto”, que fueron creados para medir, en una puntuación total, los comportamientos relevantes de activación y evitación frente a los síntomas depresivos así como sus consecuencias. Esta escala fue diseñada para ser administrada semanalmente a lo largo de la terapia y la integran 4 dimensiones en 4 subescalas: la primera, Activación, se refiere a la activación centrada y

dirigida al objetivo, así como a la terminación de las actividades programadas; la segunda, Evitación/Rumia, hace alusión a la evitación de los estados aversivos negativos y a la fijación en la rumiación en detrimento de la resolución de problemas; y, las subescalas tercera y cuarta, la Afectación laboral o académica y Afectación social respectivamente, se refieren a la influencia negativa y las consecuencias que la depresión tienen en estas áreas (Kanter et al., 2007). Además, esta escala cuenta con unas propiedades psicométricas óptimas y también dispone de una adaptación española con una buena fiabilidad y validez (Barraca-Mairal et al., 2011).

3.3.5. Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)

El EROS es una escala breve de 10 ítems diseñada para mejorar la eficiencia del PES, un instrumento de autoinforme que se centra en medir el grado en el que un individuo experimenta recompensas, a través del contacto con el refuerzo, y mide el Refuerzo Positivo de Respuesta Contingente (RCPR), término que describe Lewinsohn (1974a, 1974b) para referirse a que en la depresión influyen, entre otros aspectos, los niveles crónicamente bajos del refuerzo positivo y que este refuerzo depende de las acciones de las personas. La escala EROS evalúa, a través de tres aspectos de RCPR, el grado del incremento en la conducta en función del contacto con el refuerzo positivo del entorno que recibe el sujeto (Armento & Hopko, 2007). La escala cuenta con una buena fiabilidad y validez, así como con una adaptación a la población española con buenas propiedades psicométricas (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2010).

3.3.6. Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI)

El índice RPI fue diseñado, a partir del concepto del citado descenso del reforzamiento positivo contingente a la respuesta (RPCR) de Lewinsohn, como una medida relacionada con la activación, para hacer frente a las críticas del EROS, tales como que no evaluaba adecuadamente la probabilidad de obtener el RPCR. La versión final del RPI, con 20 ítems, se centra en medir la probabilidad de experimentar recompensas y comprende dos factores: probabilidad a la recompensa y supresores ambientales. El primero de ellos incluye el número potencial de reforzadores que se encuentran en el ambiente así como la capacidad del sujeto para obtener el refuerzo mediante comportamientos instrumentales. El segundo recoge, por un lado, la posibilidad de conseguir potenciales reforzadores, y, por otro, la presencia de estímulos aversivos en el entorno. La puntuación total de este índice integraría el potencial de los reforzadores en el entorno y la capacidad de obtener refuerzos a partir de sus conductas, así como la posibilidad de alcanzar los reforzadores y la presencia de estímulos aversivos en el ambiente. El instrumento muestra unas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez adecuadas (Carvalho et al., 2011). Sin embargo, el periodo de referencia que abarca el RPI es de los últimos meses, por lo que no se considera recomendable utilizarlo para evaluar los cambios en la activación a lo largo del transcurso de la terapia (Manos et al., 2010).

3.4. PROCEDIMIENTO

3.4.1. Diseño

El estudio que se ha realizado es analítico longitudinal de tipo prospectivo, ya que las respuestas de los sujetos se fueron recogiendo a medida

que se realizaban las sesiones de terapia. Es decir, un estudio de intervención antes-después no controlado, ya que se evaluó la respuesta a la intervención en el mismo grupo de sujetos, antes y después de la intervención, actuando cada sujeto como su propio control.

La administración de la terapia adaptada fue llevada a cabo en diversos momentos temporales en función de la aparición de los sujetos en la consulta psicoterapéutica. Desde el inicio de la terapia con el primer sujeto hasta la finalización de la misma con el último sujeto, entre abril y julio de 2016, la aplicación de la terapia fue realizada por tres estudiantes de último curso de la carrera de Psicología en los centros de salud mental en los que cursaban sus prácticas, habiendo sido instruidos previamente en la terapia por la que suscribe y teniendo un seguimiento semanal por la misma para resolver dudas, cuestiones, y comprobar que se estaba llevando a cabo una correcta aplicación y adecuación de la terapia.

Las medidas se realizaron con seis instrumentos en diferentes momentos temporales: el Inventario de Depresión II de Beck (BDI-II) se tomó en las diez sesiones que integran la terapia; la Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ), en todas las sesiones excepto en la primera; la Escala Ansiedad Rasgo/Ansiedad Estado (STAI-R/E), en dos ocasiones, en concreto en las sesiones primera y última; y, por último, se pasaron en una única ocasión la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) y la Escala Observación de Recompensa del Entorno (EROS), así como el Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI), en la primera sesión, tal y como puede observarse en la Tabla 7.

3.4.2. Fase de instrucción en la terapia

La terapia Híbrida es de corta duración, que por la simplicidad de su enfoque minimiza la necesidad de un entrenamiento avanzado a las personas que la administran, por lo que puede ser aplicada tanto por profesionales como por estudiantes avanzados en formación de la salud. Estas características la convierten en una terapia económicamente viable que permite que pueda llegar a toda la población para abordar la problemática de la depresión.

Por tanto, la terapia Híbrida adaptada ha sido impartida por un equipo de tres estudiantes chilenos de último curso de la carrera de Psicología de la Universidad Austral de Chile. Debe señalarse que estos estudiantes no contaban con una capacitación formal en terapias psicológicas a excepción de unos conocimientos mínimos acerca de las terapias cognitivo-conductuales así como de los instrumentos psicométricos de evaluación psicológica impartidos por la que suscribe en una asignatura cuatrimestral durante el año anterior a la administración de la terapia de este estudio.

Además, justo antes de comenzar la aplicación de la terapia, durante dos semanas y a razón de una hora diaria, los tres estudiantes fueron instruidos nuevamente por la que suscribe utilizando para ello el manual adaptado como base de formación. En ese mismo tiempo, los estudiantes también recibieron sugerencias e instrucciones para conocer la correcta aplicación y corrección de los instrumentos de evaluación correspondientes. Todo ello tenía la finalidad de formar suficientemente a los estudiantes para que pudieran administrar con solvencia la terapia a los sujetos de la muestra durante el transcurso de sus prácticas realizadas tanto en centros públicos como en privados de la red de salud mental de Chile.

Asimismo, como suele suceder en los centros de salud mental de Chile en los que se interviene a personas con posible riesgo de suicidio, el equipo de

estudiantes fue correctamente entrenado en sus correspondientes centros de prácticas en protocolos de prevención ante indicios y/o sospecha de posible riesgo de suicidio, y de actuación de emergencia ante crisis suicidas, lo que fue complementado formativamente por la que suscribe con una guía breve de actuación ante sospecha de suicidio.

3.4.3. Fase de aplicación de la terapia

La muestra recibió la terapia Híbrida de activación conductual para la Depresión en Chile. Esta terapia consta de diez sesiones más una de presentación y entrevista, siendo las dos primeras de 1 hora y 30 minutos, y las restantes de 60 minutos.

Las sesiones se realizaron en el Hospital Base de Valdivia (Hospital Regional de Los Ríos), Hospital Puerto Montt “Dr. Eduardo Schütz Schroeder” (Hospital Regional de Los Lagos), y en la Clínica Collico Salud y Bienestar, en Collico, cubriendo los rangos horarios de mañana y/o tarde en función de la conveniencia tanto de los centros como de cada sujeto en particular. Por dificultades de disponibilidad de recursos de los centros, las salas en las que se administró la terapia a cada sujeto no pudieron mantenerse durante todas las sesiones, de forma que éstos tuvieron que cambiar de espacio en diversas ocasiones.

Como se ha advertido, durante el proceso de terapia se mantuvieron con reuniones semanales de aproximadamente 30 minutos con el equipo que administró la terapia. En éstas se respondieron preguntas y resolvieron dudas. Además, para comprobar que se estaba llevando a cabo una correcta aplicación y adecuación de la terapia, se revisaron los datos de los formularios de auto-

registros y de las pruebas de evaluación, así como los resultados de la aplicación de la terapia.

La terapia Híbrida adaptada es una terapia estructurada, por lo que los tiempos de las sesiones se distribuyen en espacios delimitados de forma que puedan realizarse las presentaciones y el saludo, recabar la información de la relación entre el comportamiento, el contexto, la emoción y el estado de ánimo, justificar el tratamiento y las pautas a seguir, registrar y hacer el seguimiento del nivel de actividad y evitación de los sujetos, crear la programación de las actividades que se realizan entre las sesiones y que serán revisadas y analizadas en una sesión posterior, así como practicar relajación y finalizar la sesión con una despedida.

Los tres estudiantes que administraron la terapia tenían la premisa de que el estilo del terapeuta en la presente terapia persigue un equilibrio entre la directividad media y baja y, que en cualquier caso, el terapeuta no debe presuponer el status social ni el nivel adquisitivo de los sujetos, tratando en todo momento que las actividades que se programen requieran poca o ninguna inversión económica, además de no presionar ni recriminar las actitudes, conductas y faltas de actividades de los sujetos. Estas modificaciones y las posteriores se justifican en base a lo expuesto en el apartado 3.1.2. de Adaptación. Otra premisa que tenían los estudiantes era conocer que la actitud del terapeuta es de relevancia porque en todo momento debe prestar atención al contenido de los objetivos que se trabajan durante las sesiones y, a su vez, a los gestos y comportamientos de los sujetos, además de tener que ejemplificar algunas de las actividades que se solicitará que realicen los mismos entre las sesiones a través de role-playing y/o de comparaciones entre lo que se está hablando en ese momento y de los comportamientos y actividades que han tenido en otros momentos o que tendrán en ocasiones futuras, y finalmente, la

premisa de ser sensibles, respetar y aceptar los valores y creencias culturales y sociales de los sujetos a intervenir.

A continuación se describe de forma resumida el contenido de cada una de las sesiones, con las respectivas alusiones a las modificaciones de la terapia.

Sesión 0. Anamnesis. En la sesión previa a la intervención, se incluye la presentación y la entrevista en la que se revisa la historia, se recogen los datos de anamnesis, así como la problemática que presenta y su hacer cotidiano de dos días (uno entre semana y otro el fin de semana), con la finalidad de conocer la línea base del nivel activación y evitación desde el que se parte. Para esto último se consulta acerca de todas las actividades que hace y no hace durante el día, así como los problemas que se incluyen y los comportamientos específicos comprendiendo los excesos y defectos de los estados de ánimo que se relacionan con éstos, utilizando para ello la Bitácora de actividades nivel base de un día, que el terapeuta completa *in situ* con dicha información.

Sesión 1. Evaluación del sujeto. En la primera sesión de la intervención se procede a la pertinente salutación y se realiza una evaluación para conocer la gravedad de la sintomatología depresiva (BDI-II), la predisposición a responder ante el estrés (STAI-R) y el nivel actual de ansiedad (STAI-E), los niveles de activación, evitación, afectación laboral o académica y en la vida social (BADS), el grado en el que el entorno refuerza (EROS) y la situación que tiene el sujeto respecto a su nivel de reforzamiento dependiendo de las conductas que emite u omite (RPI). Además, se dan las explicaciones a su problemática y la posibilidad de ser tratado con la terapia Híbrida. En caso de aceptación, se indica al sujeto que esta terapia si bien es breve, funciona y requiere de una asistencia semanal en la que las primeras dos sesiones son de hora y media y las restantes de sesenta minutos. Además, se explica cómo se entiende la depresión en esta terapia recurriendo al Modelo de los dos círculos

de la depresión y se le advierte que es una terapia breve y eficaz que se basa en la realización de actividades en base a sus intereses y que en la mayor parte de los casos implica una mejora inicial rápida que no supone la superación de la depresión por lo que debe continuar con el tratamiento. A continuación, en base a la información que ya se dispone del sujeto, se solicita que durante la próxima semana haga una actividad simple y fácil en la que se asegure el éxito, aconsejando que recuerde hacerla mediante las herramientas que se consideren para cada caso. Para finalizar la sesión, y antes de la despedida, se invierten los últimos minutos para explicar cómo influye la relajación en el estado de ánimo, ofrecer unas breves nociones de la relajación progresiva y para practicarla.

Sesión 2. Valores, objetivos y actividades. Después de la salutación se evalúa el nivel del estado depresivo (BDI-II). A continuación se consulta por la realización o no de la actividad solicitada en la sesión anterior y de todos los detalles que acontecieron en la misma (para lo que puede utilizarse la Hoja de evaluación de finalización de actividades), considerando “encuadrar” al sujeto de forma empática en caso de que éste se disperse desviando su discurso hacia su malestar y otros problemas. También se le recuerda al sujeto que esta terapia está basada en la programación de actividades aunque no son cualquier tipo de actividades sino basadas en sus valores o intereses (englobadas en las áreas de relaciones, formación, ocio, mente-cuerpo y obligaciones-responsabilidades), y objetivos, y para ello se procede a explicar estos conceptos así como sus diferencias.

Después se consulta por los valores, objetivos y las metas inmediatas para lograrlos utilizando para ello la Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ), en blanco y negro. La sesión continua con la creación y programación de las actividades a realizar durante la siguiente semana empleando nuevamente el VLQ, considerando tres premisas: 1) se tiene presente que las

actividades se programan para ser realizadas en los rangos horarios del día (mañana, tarde y noche) y no en horarios exactos o puntuales; 2) se enfatiza con sutileza la importancia de que las actividades deben ser realistas y viables; y, 3) se propone que al menos dos de las actividades tienen que estar relacionadas con los hábitos saludables del mantenimiento de la higiene y la mejora del cuidado personal con la finalidad de dedicarse tiempo a sí mismos para sentirse mejor. Se finaliza la sesión con el entrenamiento en relajación y la despedida.

Sesión 3. Evaluación de la terapia. Se inicia la sesión con el correspondiente saludo y se sigue con la medición del nivel del estado depresivo. A continuación se consulta acerca de la realización de las actividades semanales con sumo detalle, teniendo presente: 1) hacer énfasis en lo que han hecho así como en las mejoras del estado de ánimo, obviando prácticamente los fallos y lo que no han hecho, pero trabajando a su vez los aspectos a mejorar, y, 2) recalcar, en aquellos casos que menoscaban su sentido de eficacia debido a una intervención divina, la idea de que la fe puede ayudar pero son ellos quienes invierten los esfuerzos en realizar las actividades. Esto último se aplica de forma reiterativa y constante en tres de los sujetos.

La sesión continúa con la programación simple de actividades siempre que el sujeto evolucione favorablemente. Si este es el caso, en las restantes sesiones se utiliza el VLQ con una modificación que añade un dibujo de color como fondo de la hoja con los valores más importantes del sujeto. Además, en las dos sesiones antes de terminar la terapia se procede con la prevención de recaídas y cierre de la terapia.

Sin embargo, ninguno de los sujetos que participaron en la terapia mejoró lo suficiente como para continuar con la programación simple, considerando además que todos tuvieron problemas relacionados con aspectos

específicos que se intervienen en la segunda parte de la terapia. Se procede por tanto con la fase que incluye el análisis funcional utilizando para ello un tipo específico de análisis funcional de la terapia Híbrida (véase en los anexos la Guía de análisis funcional). Este análisis se centra en los problemas que han derivado en que la programación simple haya fracasado y para ello se analizan los motivos del fracaso, por lo que la programación se adapta en consecuencia. Este análisis se explica mediante el modelo A-B-C del comportamiento, que es en términos de antecedentes (A) – conductas (B) – consecuencias (C), y en base al Modelo de los tres círculos. En función de los resultados del análisis se interviene en cada una de las dimensiones del citado modelo A-B-C según proceda.

Así, los problemas por los cuales los sujetos no realizaron las actividades o fracasaron en éstas fueron debidos sobre todo a:

- 1) Fallos en los antecedentes (A), en concreto olvidos, por lo que, para tres sujetos, se procede a intervenir en el control de estímulos a través de incidir en el uso de los recordatorios y en la localización que éstos deben tener para que a su vez sean recordados.
- 2) Fallos en conductas (B), relacionadas con déficits en habilidades tanto sociales como no sociales, por lo que, para los primeros, en los que se vieron implicados la mitad de los sujetos de la muestra, se realiza un entrenamiento breve pero continuo en habilidades, a través del role-playing y de una guía sobre cómo actuar y responder ante según qué eventos, comparando para ello situaciones que se tratan en las sesiones con otras que se dan o podrían darse fuera de las mismas. Por otro lado, el déficit de las habilidades no sociales afectaron a tres de los sujetos. Para la intervención de este tipo de déficit se interviene en primer lugar identificando el tipo de déficit de habilidad no social. Así, para un sujeto

de la muestra con deficiencias en forma y rendimiento físico se sugiere, por un lado, desglosar las actividades en partes viables y, por otro, se ofrecen sugerencias para la mejora física. Finalmente, se forman y entrenan en la técnica de solución de problemas otros dos sujetos de la muestra debido a que ambos tenían problemas de organización de vida que derivaban en otros más complejos.

- 3) Fallos en consecuencias (C), que pueden ser públicas y privadas, y que se intervienen con las técnicas del manejo de contingencias. Las primeras – las públicas– se refieren a cuando las personas significativas de los clientes interfieren en las actividades a realizar. En este sentido, dos de los sujetos de la muestra tuvieron este tipo de problemas por situaciones de machismo y familismo, entre otras. Las formas en las que se intervienen es a través del uso del Contrato con los otros importantes mediante el que estas personas significativas se comprometen a no reforzar las conductas deprimidas y a reforzar las no deprimidas. Además, se incide en que las actividades son para ellos y por ellos, por lo que deben realizarlas solos, con la excepción de algunas que pueden realizarse en fechas señaladas (festivos especiales, aniversarios o similares), y por otro lado también es necesario utilizar recursos arbitrarios como, por ejemplo, los menús de auto-recompensas a través de los cuales se favorece hacer una determinada actividad que genera malestar, a cambio de obtener una recompensa inmediata.

Las segundas –las privadas– hacen alusión a las actividades que se evita realizar por no experimentar emociones adversas. Todos los sujetos de la muestra tenían rumiaciones y diversos sentimientos de desánimo así como malestares físicos que generaban la evitación de actividades. Para ello se trabajan varias técnicas de manejo de contingencias. Por un lado, se recomienda aceptar las experiencias aversivas en lugar de cambiarlas

directamente. Esta aceptación supone ser activos aun teniendo pensamientos negativos y rumiativos que bloqueen la activación. Asimismo, se analizan las consecuencias privadas que tienen, con la finalidad de que los sujetos aprendan a identificar correctamente las situaciones en las que evitan hacer o no hacer cosas. Para ello se utilizan ejemplos concretos de ellos mismos y se señala que ese tipo de experiencias aversivas son las que producen la evitación. En aquellos sujetos que evitan la experiencia por tener a su vez déficits en habilidades, por un lado, se explica que precisamente el malestar por no saber hacer las actividades deriva en que las eviten, y, por otro lado, se procede a entrenar y/o informar de las habilidades correspondientes. A su vez se concientiza de que las actividades más importantes suelen producir un aumento en las emociones negativas, empleando para ello sus propios ejemplos mediante el Modelo de los tres círculos. Otra técnica que se utiliza en el manejo de contingencias sobre las consecuencias privadas es el saboreo. Se les explica a los sujetos la técnica por la que se toma conciencia plenamente del placer que producen las situaciones, sumergiéndose en las mismas, utilizando todos los sentidos para ello, bloqueando y/o aceptando otros elementos tanto externos como internos y fijando lo positivo de las experiencias utilizando recordatorios tales como diarios, fotografías, grabaciones de voz o contando a otros la experiencia que se ha vivido. Finalmente, la última técnica que se emplea para disminuir la evitación de las experiencias internas y, por tanto, de la realización de las actividades que incluyen este tipo de experiencias es el empleo del Modelo de los tres círculos explicando sus propios ejemplos específicos de la evitación usando la hoja GRIPE-GRIPEA. Estos acrónimos se refieren respectivamente a un proceso de cierre a partir del cual se evita y a un afrontamiento a esta evitación.

La sesión continúa con la creación y programación de las actividades a realizar durante la siguiente semana teniendo en cuenta que éstas deben crearse en función de las problemáticas que se han observado a partir del análisis funcional. Para ello, se utiliza nuevamente el VLQ, aunque a partir de este momento el mismo contiene una modificación que añade un dibujo de color como fondo de la hoja que muestra los valores o intereses más importantes de los sujetos. Se finaliza la sesión con el entrenamiento en relajación y la despedida.

Sesiones 4 a 7. Continuación de la terapia. En estas cuatro sesiones, se comienza con el correspondiente saludo, se mide el nivel del estado depresivo y se revisan detalladamente las actividades semanales del mismo modo que en la sesión anterior, teniendo presente los posibles problemas así como la intervención de los mismos a través del análisis funcional en los sujetos que se estime oportuno. Así, en la sesión 4, a cinco de los sujetos se les mantiene la intervención con el procedimiento del análisis funcional y sus correspondientes intervenciones debido a que continúan sin hacer las actividades por problemas en antecedentes, conductas y consecuencias, sobre todo en estas últimas. En la sesión 5, estos problemas afectan a cuatro de los sujetos. Uno de éstos tuvo un intento de suicidio en la semana anterior debido a alucinaciones visuales y auditivas agudas y puntuales producidas por la medicación administrada desde la unidad de Psiquiatría, por lo que se consulta sobre todo lo que sucede desde unas horas antes del intento, se consideran las funciones respondientes y operantes de la crisis suicida, se informa a la unidad de Psiquiatría, quien suprime la medicación, y se conversa con los familiares para observar al sujeto, evitar que quede solo y controlar y suprimir cualquier elemento del entorno que pueda servir para realizar un intento de suicidio. Por otro lado, en la sesión 6, con tres de los sujetos se continúa la intervención con el procedimiento del

análisis funcional. En la sesión 7, todos los sujetos continúan la terapia sin necesidad de intervenir con el procedimiento del análisis funcional.

En las cuatro sesiones de 4 a 7, se sigue con la creación de las nuevas actividades, en las que se comienza a fomentar que los sujetos tengan una mayor autonomía de manera gradual a la hora de proponer dichas actividades. Además, para los sujetos que comienzan a mejorar, se incluye la Guía para mantenerse activo, que será utilizada de forma más detallada en la fase de prevención de recaídas que dará comienzo en sesiones posteriores. Esta guía consiste en registrar los aspectos más relevantes que pueden ayudar al sujeto a mejorar y a mantenerse activo en un futuro, tales como detectar los problemas e identificar las relaciones entre el estado de ánimo y las actividades, conductas antidepresivas, y actividades y mecanismos de evitación relevantes, entre otros. Finalmente, se cierra la sesión con el entrenamiento en relajación y la despedida tal y como ha sido descrito en la segunda parte de la sesión 3.

Sesiones 8 y 9. Prevención de recaídas. En general, estas dos sesiones mantienen la estructura y contenidos de las sesiones anteriores 4-7 con alguna diferencia. La primera de ellas es que, solamente para un sujeto, en la sesión 8, se sigue todavía con la intervención con el procedimiento del análisis funcional debido a que durante la semana anterior éste recibe una noticia negativa que le supone un cambio drástico e inesperado en su modo de vida, en concreto la solicitud para firmar los papeles del divorcio cuando éste suponía que en esos momentos su matrimonio estaba dentro de la normalidad. La segunda diferencia es el inicio del proceso de prevención de recaídas, que se realiza después de la revisión de las actividades semanales, en el que se utiliza la Guía para mantenerse activo, cuya función es que, una vez que la terapia haya finalizado, los sujetos recuerden aspectos que puedan serles útiles para mantenerse activos, recuperando para ello la información más relevante que se

registró en dicha guía durante las sesiones anteriores. Con el fin de evitar el absentismo a las sesiones restantes en este proceso de prevención de recaídas, se considera la viabilidad para cada sujeto en particular de aumentar o no el tiempo entre las dos últimas sesiones que se da para desvanecer la dependencia a la terapia y comprobar que ésta funciona en su rutina diaria. Así, se considera que los ocho sujetos deben seguir asistiendo de forma semanal, lo que sucede en seis de los sujetos, mientras que otros dos hicieron caso omiso dejando pasar un lapso de tiempo de dos semanas sin asistir a causa de un festivo nacional. Una tercera y última diferencia es que la responsabilidad de la creación de las nuevas actividades recae completamente en los sujetos.

Sesión 10. Finalización de la terapia. Después del correspondiente saludo y de evaluar el nivel del estado depresivo se procede a realizar la post-evaluación del nivel puntual de ansiedad así como la predisposición a la misma. A continuación se revisan las actividades semanales al detalle y sus logros, incidiendo en la relación entre estos logros y su estado de ánimo, así como en la progresión que ha tenido a lo largo de la terapia. En esta sesión final además, se termina de completar la Guía para permanecer activo con la finalidad de: 1) que recuerden lo que les ha funcionado para encontrarse mejor y lo que no les ha sido de utilidad; 2) que puedan continuar manteniéndose activos; y 3) anotar el teléfono del centro desde el que se le está asistiendo y se les invita a que, en caso de encontrarse mal, establezcan contacto telefónico para reservar una cita de revisión. La sesión continúa con la creación de nuevas actividades con una total autonomía en la proposición de las mismas por parte del sujeto, recordando que a partir de este momento los sujetos ya no asistirán a la terapia y que, por tanto, deben considerar todas las instrucciones que se han tenido en cuenta en la programación de actividades a lo largo de todas las sesiones. Se finaliza con la habitual dedicación de los últimos minutos de entrenamiento en relajación y con la despedida final.

Finalmente, debe señalarse que, aunque no hubo un seguimiento formal de la evolución de los sujetos después de la terapia, el equipo de estudiantes que la administró mantuvo un contacto telefónico con los clientes, los cuales informaron que se encontraban bien. A partir de ciertas preguntas que los estudiantes plantearon a los clientes, concluyeron que el estado de los mismos era estable.

A modo de resumen, la Tabla 7 ofrece los contenidos de cada sesión de forma esquemática y secuencial.

Tabla 7. *Secuencia y contenido de las sesiones de la terapia Híbrida adaptada.*

	Sesión	Contenidos
Parte I de la terapia	Sesión 0 1h 30'	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Entrevista - Registro de nivel de actividad y evitación de dos días: semana y fin de semana (Bitácora nivel base un día)
	Sesión 1 1h 30'	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo - BDI-II - STAI-E/R - BADS, EROS y RPI - Explicación del modelo de 2 círculos - Advertencia del terapeuta por la mejoría inicial - Solicitud de una actividad sencilla/simple y fácil que pueda lograr (con recordatorio) - 10' de relajación
	Sesión 2 60'	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y consulta por la semana - BDI-II - Consulta por la actividad semanal - Explicación de la diferencia de valores, objetivos y actividades - VLQ: consulta de valores y objetivos (b/n) - VLQ: creación de nuevas actividades con detalles específicos - 10' de relajación - Despedida

Tabla 7 (cont.). *Secuencia y contenido de las sesiones de la terapia Híbrida adaptada.*

	Sesión	Contenidos
Parte I de la terapia	Sesión 3 60'	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y consulta por la semana - BDI-II - VLQ: revisión de actividades semanales; evaluación de la parte I de la terapia: <ul style="list-style-type: none"> - Actividades realizadas y mejora del estado de ánimo; continuación de la parte I (activación simple); a partir de aquí VLQ (dibujo de fondo de color con sus valores)
	Sesiones 4-7 60' c/u	<ul style="list-style-type: none"> - Primeros fallos en actividades; se inicia la parte II de la terapia - VLQ: si procede, continuación de la consulta de valores y objetivos - Análisis funcional: explicación del modelo A-B-C del comportamiento con el Modelo de los tres círculos e intervención en antecedentes, conductas y consecuencias - VLQ: creación de nuevas actividades con detalles específicos con intervenciones en A-B-C según proceda (dibujo de fondo de color con sus valores) - 10' de relajación - Despedida
Parte II de la terapia	Sesiones 8-9 60' c/u	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y consulta por la semana - BDI-II - VLQ: revisión de actividades semanales (con análisis funcional) - VLQ: creación de nuevas actividades con análisis funcional e intervenciones en A-B-C según proceda (dibujo de fondo de color con sus valores) y con mayor autonomía gradualmente - Guía para mantenerse activo (si procede) - 10' de relajación - Despedida
	Sesión 10 60'	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo y consulta por la semana - BDI-II - STAI-E/R - VLQ: revisión de actividades semanales - VLQ: creación de nuevas actividades con detalles específicos con total autonomía - Guía para mantenerse activo - 10' de relajación - Despedida final

3.5. RESULTADOS

En esta investigación los análisis de los datos han sido realizados por especialistas en estadística de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca. Para su elaboración, los especialistas únicamente han tenido acceso a la matriz de los datos y los cuestionarios que se han utilizado, sin tener más información acerca de cómo se ha llevado a cabo la investigación.

El análisis estadístico de los datos fue realizado mediante el uso del paquete estadístico SPSS 23.0 con el fin de describir los aspectos más relevantes de una intervención terapéutica que se adaptó para ser ejecutada en un contexto cultural diferente a su ámbito de aplicación. Para la realización del mismo se aplicaron diferentes pruebas estadísticas que se detallan a continuación:

Las técnicas de análisis utilizadas fueron de tipo no paramétrico debido al pequeño tamaño de la muestra. En todos los análisis se utilizó un nivel de significación $p < .050$.

En primer lugar, con el objetivo de comprobar si las sesiones de tratamiento diferían significativamente en los niveles de depresión y el número de actividades de la vida cotidiana realizadas antes y después de la terapia se llevó a cabo un ANOVA no paramétrico de un factor o análisis de dos vías de Friedman por rango.

En segundo lugar, la prueba de Wilcoxon fue utilizada para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post tratamiento de los niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.

Finalmente, para evaluar las diferencias en el nivel de reforzamiento positivo contingente que recibieron los sujetos en su entorno, la capacidad y la posibilidad de los sujetos para recibir ese refuerzo, así como en la presencia de

estímulos aversivos en el ambiente y la activación depresiva conductual que presentan se utilizaron diferentes análisis descriptivos.

Además, la evolución de cada sujeto a lo largo de todo el periodo de terapia fue medida a través de diferentes técnicas estadísticas descriptivas.

3.5.1. Diferencias entre las Medidas del Inventario de Depresión de Beck BDI-II

Las diez medidas del Inventario de Depresión II de Beck evalúan *la gravedad de sintomatología depresiva*. Las puntuaciones medias (M), las medianas (Mdn) y las desviaciones típicas (DT) de todos los sujetos para las diferentes sesiones aparecen en la Tabla 8.

Tabla 8. *Medias, medianas y desviaciones típicas de los indicadores de depresión según el BDI-II en las sesiones de terapia.*

BDI-II	n	M	Mdn	DT
Sesión1	8	40,00	40,00	8,832
Sesión2	8	37,00	37,30	9,366
Sesión3	8	28,50	28,00	10,967
Sesión4	8	22,25	22,80	9,239
Sesión5	8	17,00	17,30	8,619
Sesión6	8	12,25	12,00	5,574
Sesión7	8	10,50	10,50	3,854
Sesión8	8	9,00	8,00	4,751
Sesión9	8	7,38	7,00	3,503
Sesión10	8	4,63	4,00	1,996

Según los puntos de corte fijados por Beck y colaboradores (Beck et al., 1996) para el BDI-II, en la primera y segunda sesión, las puntuaciones medias de los sujetos indicaron que presentaban una sintomatología depresiva grave, mientras que en las sesiones tres y cuatro, las puntuaciones medias de los participantes en sintomatología depresiva descendieron a moderadas. A

diferencia de la sesión cinco, en la que los sujetos presentaron puntuaciones medias leves en sintomatología depresiva. Y finalmente, las puntuaciones medias de los participantes descendieron progresivamente presentando niveles mínimos de sintomatología depresiva. En una tendencia general, las puntuaciones medias de los sujetos en sintomatología depresiva disminuyeron desde la primera sesión a la última. El ANOVA no paramétrico de Friedman reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes sesiones de terapia en sintomatología depresiva $\chi^2(9)=62.52$, $p = .000$. Posteriormente se realizó un análisis exhaustivo de cada una de las diez sesiones realizadas de dicho inventario, para ver, si entre ellas, existían algunas diferencias. Para ello, se realizaron pruebas a posteriori de los resultados del BDI-II en las sucesivas sesiones. Se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda sesión ($\chi^2(1)=2725.56$, $p = .079$), sin embargo, a partir de la tercera sesión es cuando comenzaron a observarse diferencias significativas ($\chi^2(2)=1791.06$, $p = .009$) a favor de la última, lo que implicaría una mejoría en la sintomatología depresiva de los participantes. Estas diferencias se mantuvieron hasta la sesión nueve. La décima sesión no mostró diferencias significativas $\chi^2(1)=123.31$, $p = .149$. Es decir, todos los sujetos partían de una depresión grave que se mantenía durante las dos primeras sesiones pero que comenzaba a disminuir en la tercera sesión, llegando a niveles mínimos en las dos últimas sesiones (Figura 3).

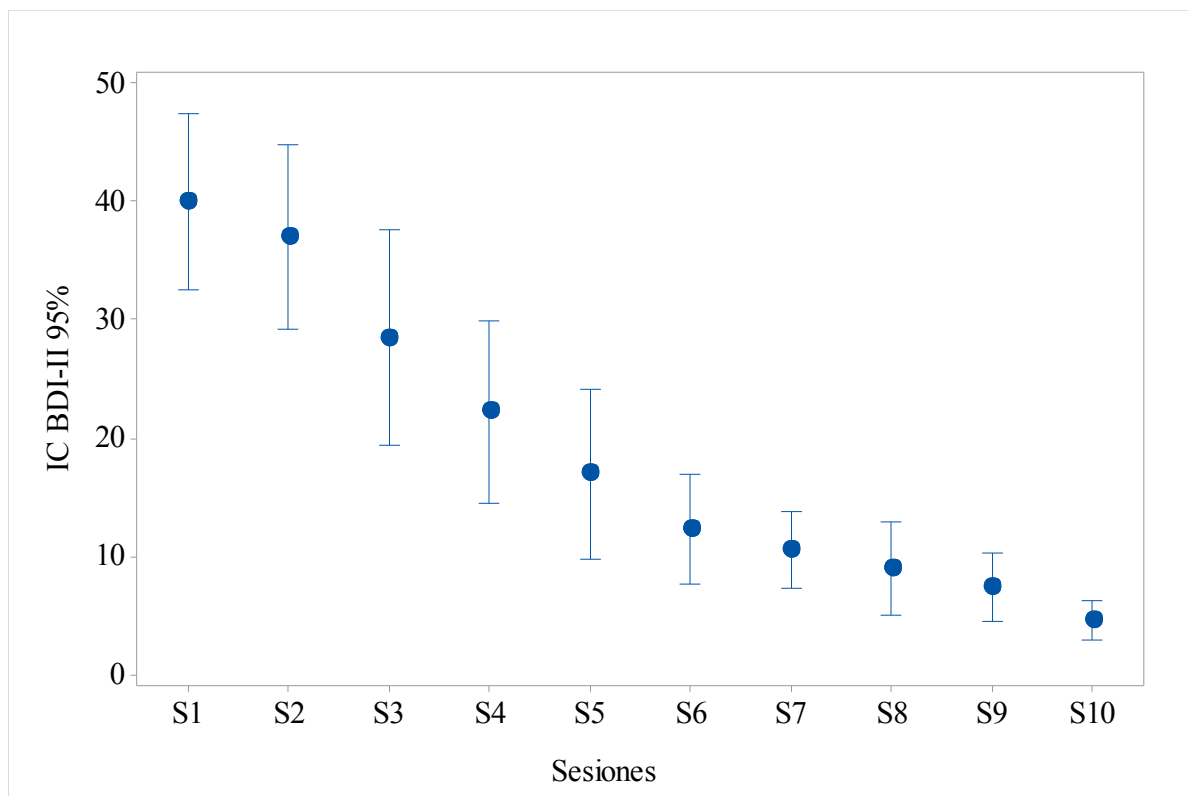


Figura 3. Intervalos de Confianza del BDI-II para las diez sesiones de terapia.

En la Figura 4 se representa el resultado en el BDI-II de todos los sujetos desde la primera sesión a la última. Todos los participantes presentaron una disminución en la sintomatología depresiva y una mejoría desde la primera sesión de terapia hasta la última.

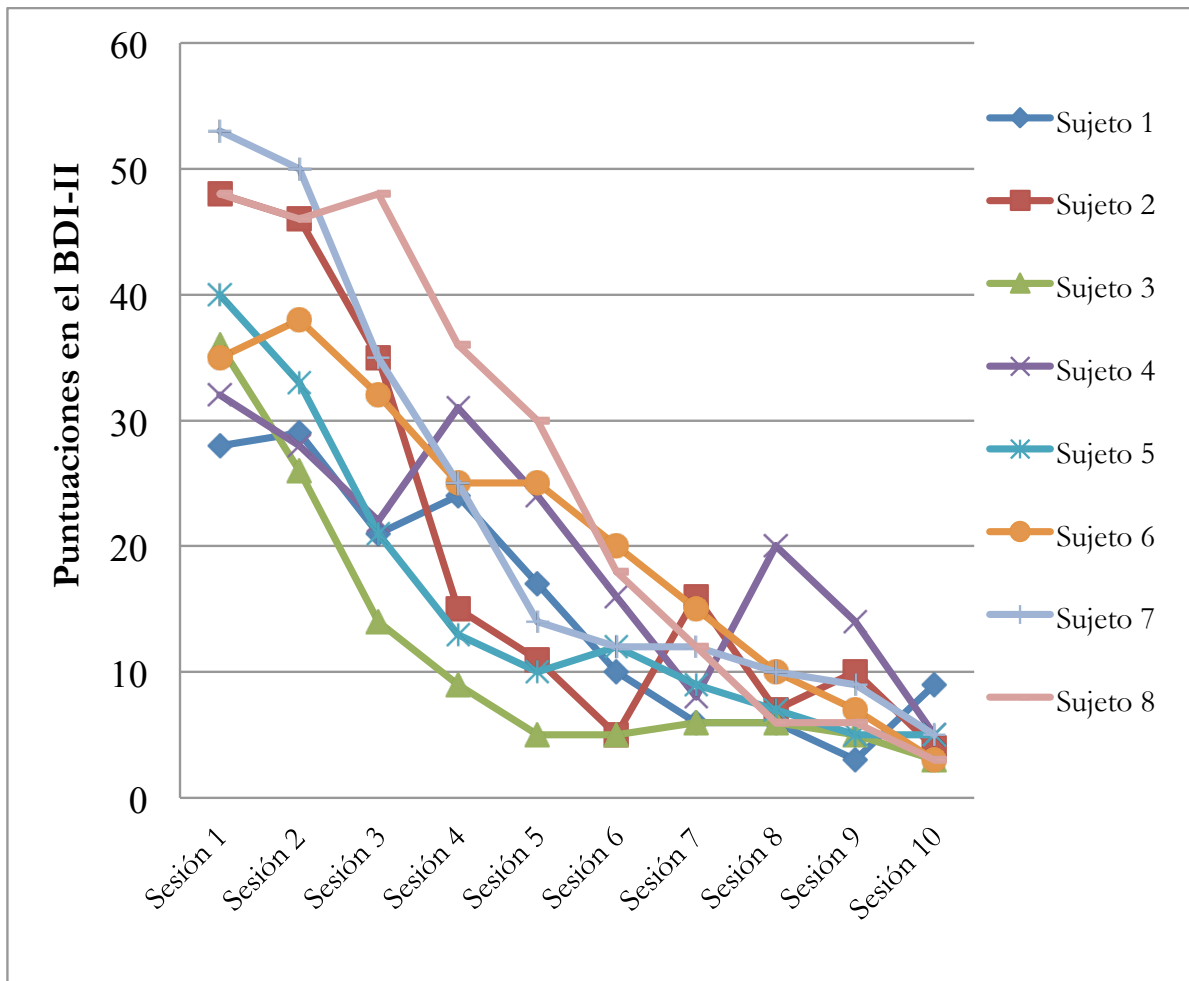


Figura 4. Evolución de las puntuaciones en BDI-II de los diferentes sujetos a lo largo de todas las sesiones de terapia.

Los participantes siete, dos, cinco, seis y tres presentaron las puntuaciones más altas del inventario BDI-II en la primera sesión, ya que, obtuvieron niveles graves de depresión, seguidos por los sujetos cuatro y uno que mostraron niveles moderadamente altos de depresión. En la última sesión, todos los participantes presentaron niveles mínimos de depresión.

3.5.2. Diferencias entre las Medidas Pre y Post Tratamiento de la Escala Ansiedad Rasgo/Ansiedad Estado (STAI-E/R)

Las dos dimensiones de la escala STAI-E/R evalúan *el nivel actual de ansiedad* (ansiedad estado) y la *predisposición de la persona a responder al estrés* (ansiedad rasgo). Las puntuaciones medias (M), las medianas (Mdn) y las desviaciones típicas (DT) de todos los sujetos para las dos medidas de ambas dimensiones (pre y post tratamiento) aparecen en la Tabla 9.

Tabla 9. *Medias, desviaciones típicas y medianas de los indicadores de STAI-R y STAI-E en el pre y post tratamiento.*

	n	M	Mdn	DT
STAIR-PRE	8	44.63	45.00	5.83
STAIE-PRE	8	23.00	23.00	3.38
STAIR-POST	8	17.75	16.00	5.50
STAIE-POST	8	4.25	4.00	1.70

Como se indica en la Tabla 9 las puntuaciones medias fueron superiores en la dimensión de Ansiedad Rasgo que las presentadas en la dimensión Ansiedad Estado, ocupando ambas puntuaciones el percentil 90 y 70 respectivamente, lo cual indica que los participantes presentaron una alta Ansiedad rasgo y Ansiedad estado antes de recibir el tratamiento, según los puntos de corte (Vera-Villarroel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buela-Casal, & Spielberger, 2007). Además, ambas medidas fueron menores en el post test, ocupando los percentiles 30 y 10 respectivamente, lo que indicaría que presentan bajos niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado después de haber recibido la terapia. La prueba de Wilcoxon reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las dos medidas pre y post tratamiento de la Ansiedad Rasgo $t(7)=14.12$, $p=.000$ y Ansiedad Estado

$t(7)=18.19$, $p=.000$. Por lo tanto, todos los sujetos que formaron parte de la investigación disminuyeron sus puntuaciones en su nivel de ansiedad y sus puntuaciones en la predisposición a responder al estrés gracias al haber recibido dicha terapia como se presentan en la Figura 5.

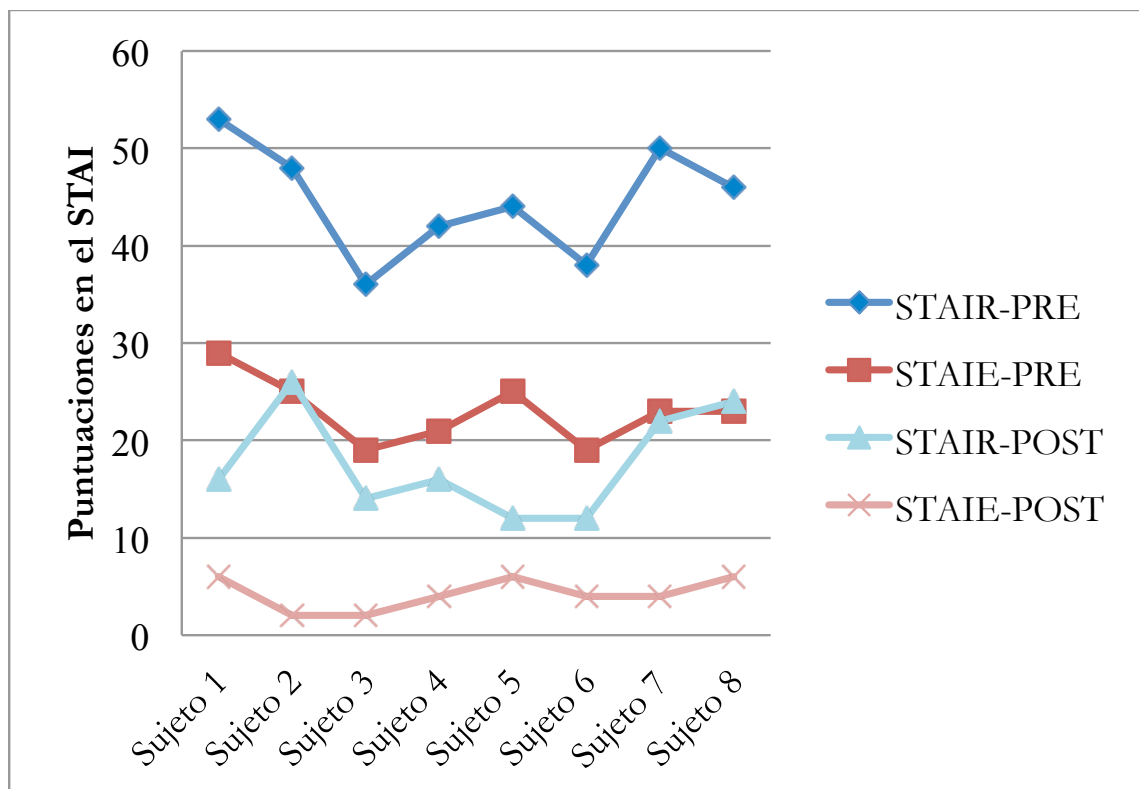


Figura 5. Evaluación de los indicadores de STAI-R y STAI-E en el pre y post tratamiento.

En la medida pre tratamiento todos los sujetos presentaron una elevada Ansiedad Rasgo, con puntuaciones superiores al percentil 86, especialmente los participantes uno y siete, ya que presentan mayores puntuaciones. Tras el tratamiento, todos los sujetos disminuyeron sus puntuaciones, obteniendo puntuaciones bajas en Ansiedad Rasgo, especialmente los participantes cinco y seis que fueron los que presentaron puntuaciones más bajas.

En la medida antes del tratamiento de la dimensión Ansiedad Estado, todos los participantes presentaron puntuaciones inferiores a las presentadas en la dimensión Ansiedad Rasgo de la primera medida, aun siendo estas moderadamente altas situándose entre los percentiles 70 y 80, especialmente los sujetos uno, dos y cinco ya que presentaron puntuaciones más altas con respecto al resto de los participantes del estudio.

Tras el tratamiento, todos los participantes disminuyeron sus puntuaciones, obteniendo puntuaciones bajas en Ansiedad Estado, especialmente los sujetos dos y tres que presentaron las puntuaciones más bajas.

3.5.3. Diferencias entre las Medidas del Cuestionario de Vida Significativa (VLQ)

Las nueve sesiones del Cuestionario de Vida Significativa (VLQ) evalúan *los valores, los objetivos y las actividades en cinco áreas de la vida*. El número medio de actividades de la vida diaria (M), las medianas (Mdn) y las desviaciones típicas (DT) de todos los sujetos para las diferentes sesiones aparecen en la Tabla 10.

Tabla 10. *Medias, desviaciones típicas y medianas del número de actividades del VLQ de todos los sujetos a lo largo de la terapia.*

Sesión	n	M	Mdn	DT
S2	8	7.13	6.00	4.05
S3	8	9.00	8.50	3.92
S4	8	10.88	11.50	2.95
S5	8	13.13	13.00	4.45
S6	8	15.25	13.50	6.18
S7	8	16.50	15.00	5.52
S8	8	15.88	15.00	5.59
S9	8	14.13	14.50	3.76
S10	8	12.00	12.50	2.72

El número de actividades medias de la vida diaria fue baja en las primeras sesiones, aunque aumentaron progresivamente hasta llegar a realizar muchas actividades de la vida diaria en la novena sesión, sin embargo, en la décima descienden ligeramente.

El ANOVA no paramétrico de Friedman reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas $\chi^2(8)=260.55$, $p=.000$. Por lo tanto, se puede afirmar que la terapia ejerce efecto sobre las actividades realizadas en la vida diaria.

Posteriormente se ejecutó un análisis exhaustivo de cada una de las nueve medidas realizadas de dicho cuestionario, para ver, si entre ellas, existían algunas diferencias. Las pruebas a posteriori mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre la segunda (o primera) y la tercera sesión en número de actividades de la vida diaria realizadas ($\chi^2(1)=149.31$, $p=.091$), sin embargo, a partir de la cuarta sesión es cuando comienzan a observarse diferencias significativas ($\chi^2(2)=208.66$, $p=.021$). Es decir, todos los sujetos presentaban inicialmente pocas actividades de la vida diaria que posteriormente fueron aumentando gracias a la presencia de la terapia. A nivel individual, los sujetos presentaron diferentes tendencias en el VLQ (Figura 6).

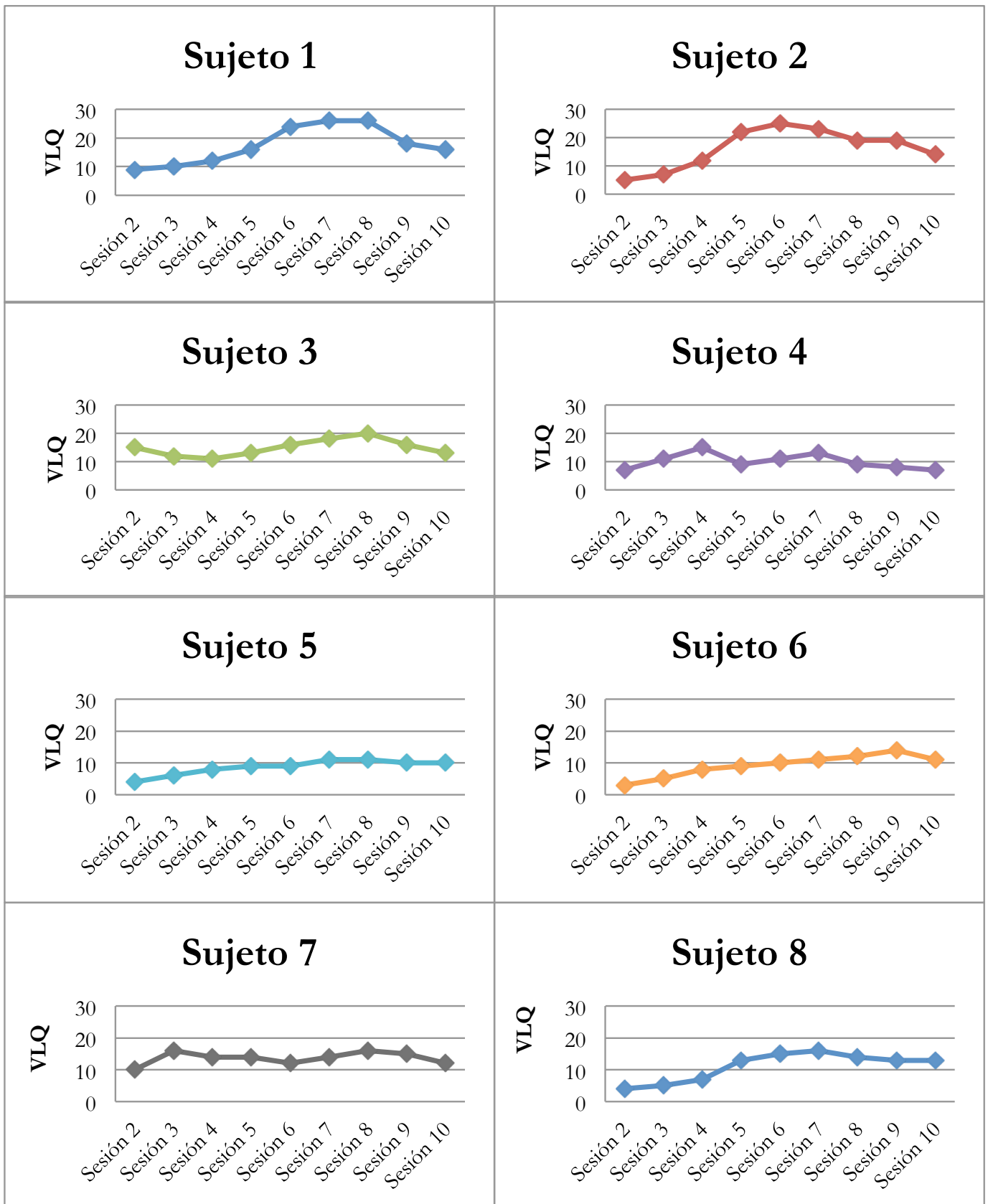


Figura 6. Evolución del número de actividades del VLQ de todos los sujetos a lo largo de la terapia.

Los participantes dos y ocho presentaron una tendencia bastante similar de comportamiento en el número de actividades de las cinco áreas de la vida. Comenzaban con la realización de pocas actividades, fueron aumentando hasta la octava sesión y a partir de la novena y la décima sesión su número de actividades de la vida diaria disminuyeron ligeramente, sin llegar en ningún caso a las escasas actividades de la vida diaria que presentaban ambos sujetos en la primera sesión.

Los sujetos tres, cuatro, cinco y seis, realizaron pocas actividades al inicio de la medida del cuestionario VLQ, a excepción del sujeto tres, que realizó mayor número de actividades con respecto al resto de los sujetos. A continuación, todos los sujetos aumentaron su número de tareas realizadas, encontrándose más actividades realizadas en la octava y novena sesión.

El sujeto siete presentó una tendencia bastante lineal a lo largo de todas las sesiones del VLQ a lo largo de toda la terapia. Comenzó ejecutando muchas actividades en su vida diaria manteniéndolas durante todas las sesiones.

3.5.4. Escala “Environmental Reward Observation” (EROS) “Observación de Recompensa del Entorno”

El reforzamiento positivo contingente se evaluó en una sola vez en la segunda sesión del tratamiento utilizando la escala Observación de Recompensa del Entorno. Las puntuaciones media, mediana y desviación típica fueron respectivamente $M=22.38$, $Mdn=22,50$, $DT=3,42$.

En la Figura 7 se presentan las puntuaciones de cada uno de los sujetos en el reforzamiento positivo contingente. El sujeto ocho obtuvo la puntuación más baja en la escala, situándose en el percentil 20 según los puntos de corte

(Armento & Hopko, 2007), lo que indicaría un bajo reforzamiento positivo contingente, es decir, tendía a inhibir ciertas conductas por falta o ausencia de ese reforzamiento y además tendría sentimientos negativos como consecuencia de la ausencia de experiencias reforzantes del ambiente. Sin embargo, el participante tres fue el que mayor puntuación obtuvo en la escala, correspondiente al percentil 60. Es el sujeto que mayores niveles de reforzamiento positivo presenta, por lo tanto, se incrementaron sus conductas y sentimientos positivos como consecuencia de las experiencias reforzantes desde el entorno.

En general, los sujetos han obtenido puntuaciones directas menores de 26, la cual se encuentra en el percentil 50 lo que instaura la idea de que los participantes iniciaron la terapia recibiendo escasos reforzadores de sus conductas del entorno.

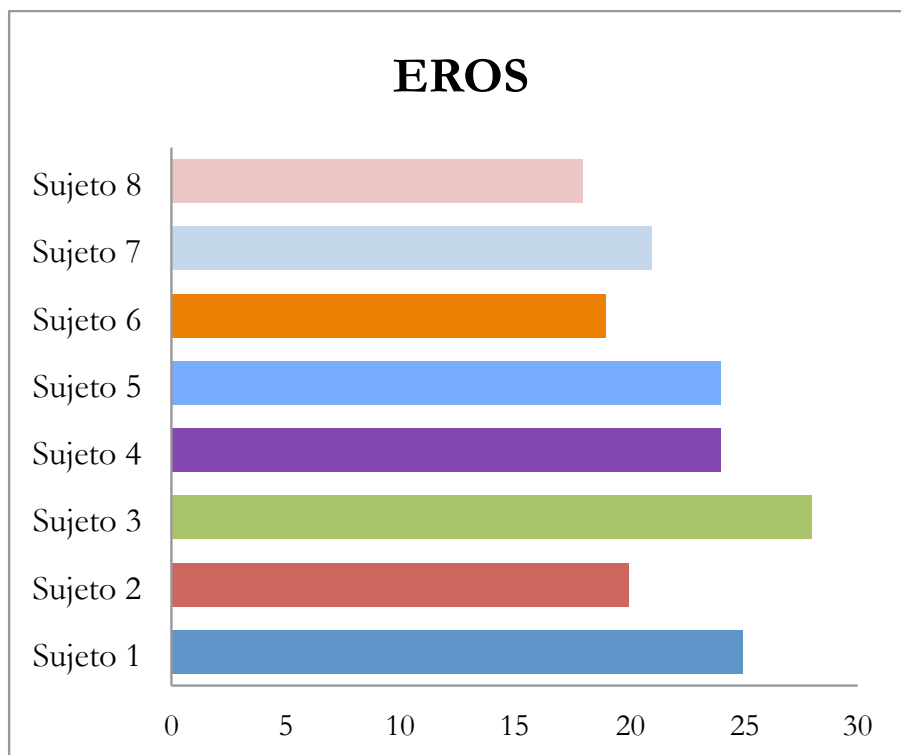


Figura 7. Puntuaciones medias de todos los sujetos en el EROS.

3.5.5. Instrumento “Reward Probability Index” (RPI) “Índice de probabilidad a la recompensa”

Las dos dimensiones del instrumento de medida del *refuerzo positivo contingente a la respuesta* evalúan la *probabilidad de recompensa* (Factor I) y los *supresores ambientales* (Factor II). Las puntuaciones medias (M), las medianas (Mdn) y las desviaciones típicas (DT) de todos los sujetos para las dos dimensiones (RPI-I y RPI-II) y el total (RPITotal) se pueden contemplar en la Tabla 11.

Tabla 11. *Puntuaciones medias de las dos dimensiones del RPI y puntuación media total del RPI de todos los sujetos.*

RPI	n	M	Mdn	DT
RPI-I	8	23.25	24.50	7.87
RPI-II	8	24.50	25.50	6.41
RPITotal	8	47.75	46.50	6.18

Los ocho sujetos a los que se les administraron las pruebas, tuvieron una puntuación media en el primer factor de RPI o probabilidad de respuesta ligeramente inferior a las puntuaciones obtenidas en el segundo factor de RPI. Con respecto a la escala en global las puntuaciones también fueron medias siendo la puntuación máxima de la prueba 80 puntos.

A nivel individual, como se presentan en la Figura 8, las puntuaciones de los participantes en las dos dimensiones fueron muy dispares. Los sujetos tres, cuatro, cinco y seis presentaron puntuaciones más altas en el primer factor o probabilidad de recompensa que en el segundo factor o supresores ambientales. Es decir, tuvieron mayor número de reforzadores y además, obtuvieron más refuerzos positivos gracias a sus comportamientos individuales y menores posibilidades de alcanzar potenciales reforzadores en presencia de estímulos aversivos en el ambiente.

Sin embargo, los participantes dos, siete y ocho presentaron puntuaciones más altas en el segundo factor o supresores ambientales que en el primer factor. Es decir, tuvieron mayores probabilidades de alcanzar reforzadores en presencia de estímulos aversivos y menores números de reforzadores obteniendo menos refuerzos positivos por sus comportamientos individuales. Por otro lado, el sujeto 1 presentó las mismas puntuaciones en ambos factores.

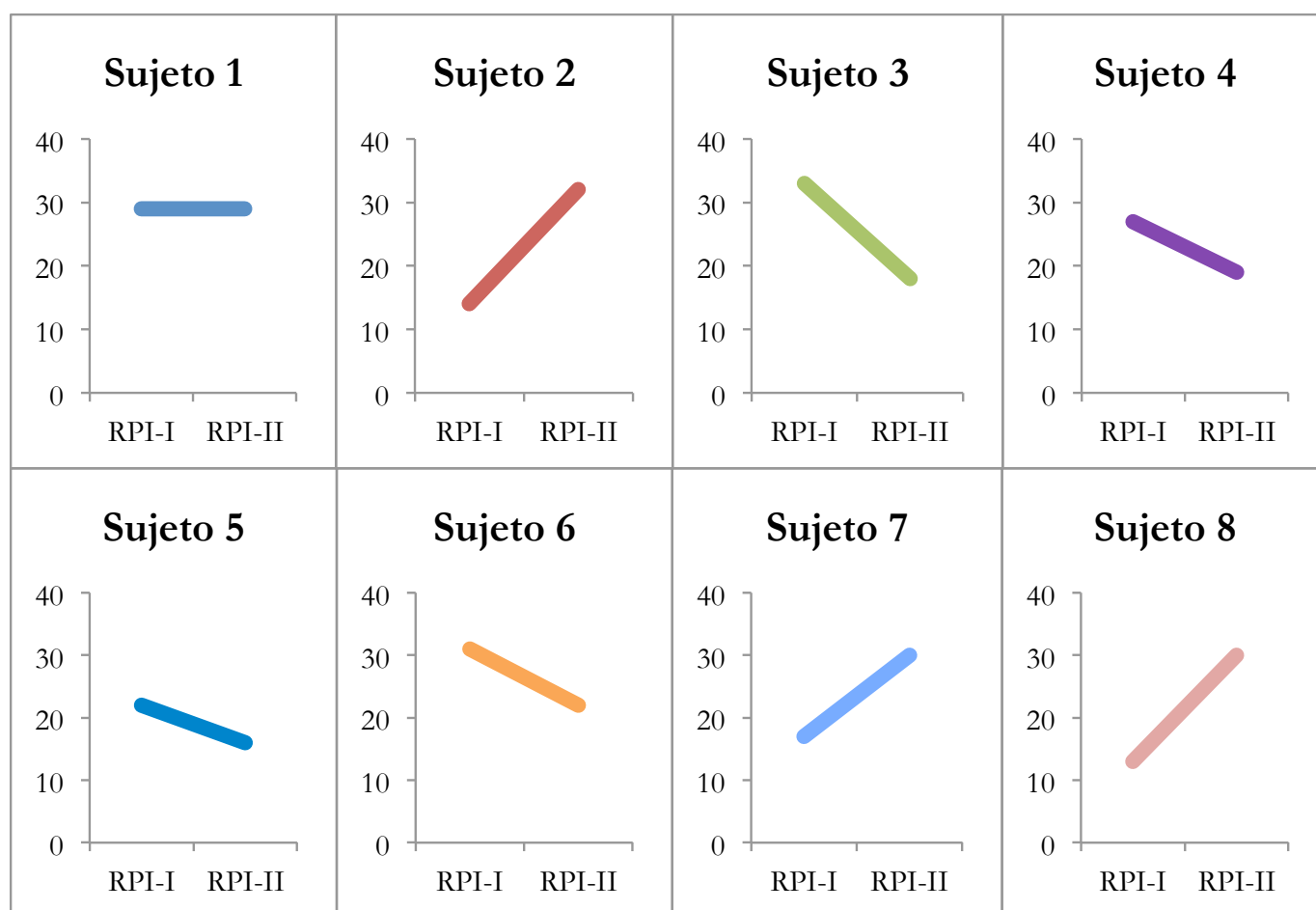


Figura 8. Puntuaciones medias de todos los sujetos en las dos dimensiones del RPI.

Tanto en el factor probabilidad de recompensa como en el factor supresores ambientales, los ocho sujetos obtuvieron puntuaciones medias y moderadas respecto a la cantidad de reforzadores ambientales potenciales que

presentan, además de puntuaciones medias en la capacidad del individuo para recibir refuerzo a través de sus propios comportamientos, según puntuaciones que se indican en Carvalho et al. (2011). Además, también presentaron puntuaciones medias en la posibilidad de alcanzar reforzadores potenciales en presencia de estilos aversivos en el medio ambiente.

A nivel global, sobre la máxima calificación que se puede obtener en el instrumento sumando ambos factores que serían 80 puntos (Carvalho et al., 2011), los sujetos presentarían puntuaciones moderadas en la posibilidad de encontrar reforzadores en sus ambientes, así como, puntuaciones moderadas en la capacidad de la que disponen para obtener refuerzos por sus conductas. Además, muestran una ligera posibilidad de alcanzar reforzadores estando ligeramente presentes estilos aversivos en el ambiente (Figura 9).

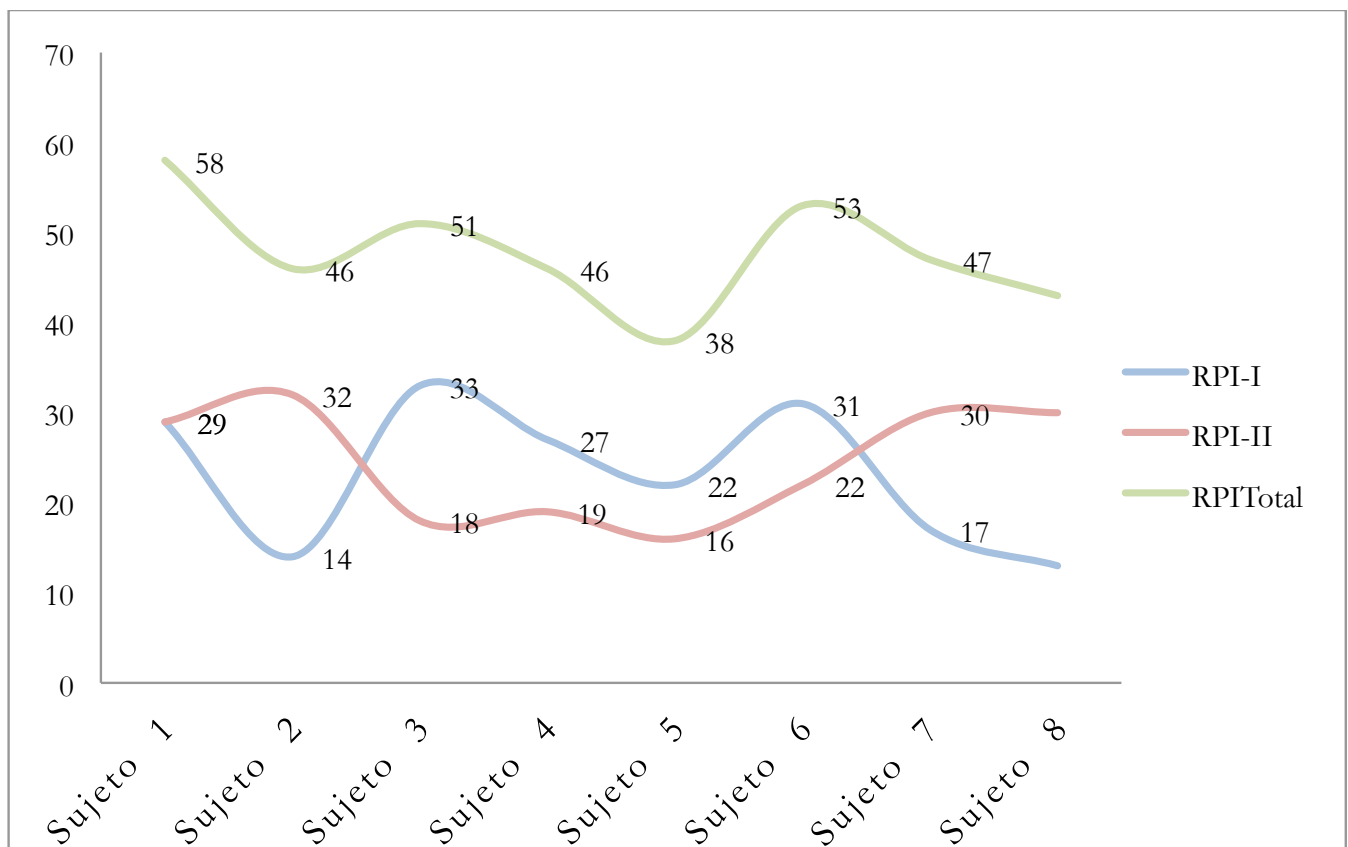


Figura 9. Puntuaciones en las dos dimensiones y total en el RPI.

3.5.6. Escala “Behavioral Activation for Depression” (BADS) “Activación Conductual para la Depresión”

Las cuatro dimensiones en la escala de activación conductual para la depresión evalúan la activación de depresión, la evitación o rumiación, el deterioro laboral o académico y el deterioro social. Las puntuaciones medias (M), las medianas (Mdn) y las desviaciones típicas (DT) de todos los sujetos para las cuatro dimensiones (BADS-A, BADS-ER, BADS-DLA y BADS-DS) y para la puntuación total (BADS-T) se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12. *Puntuaciones medias en las cuatro dimensiones y total del BADS de todos los sujetos.*

BADS	n	M	Mdn	DT
BADS-A	8	18.25	21.00	8.96
BADS-ER	8	20.38	25.00	8.23
BADS-DLA	8	16.13	15.50	7.26
BADS-DS	8	9.13	6.00	9.63
BADS-T	8	59.25	62.50	13.45

Según los puntos de corte que establecen Kanter y colaboradores (Kanter et al., 2007) los ocho sujetos en global obtuvieron puntuaciones leves o medias en la dimensión activación, en la dimensión de evitación y/o rumia y en la dimensión de afectación laboral y académica, lo que indicó una moderada activación de depresión, una ligera presencia de evitación o rumia y presentaron una leve o moderada afectación de la vida laboral y/o académica. Sin embargo, en la dimensión de vida social, las puntuaciones medias que obtuvieron los sujetos fueron bajas, lo que indicó que la vida social se había visto ligeramente afectada. Finalmente, las puntuaciones globales de la escala pueden considerarse bajas y por lo tanto, habría una ligera y breve afectación de las diferentes áreas o dimensiones que mide la escala en todos los sujetos.

Como las cuatro dimensiones no tienen la misma escala de medición, se presentan las diferencias de los participantes que compusieron el estudio a lo largo de todas las dimensiones en la Figura 10.

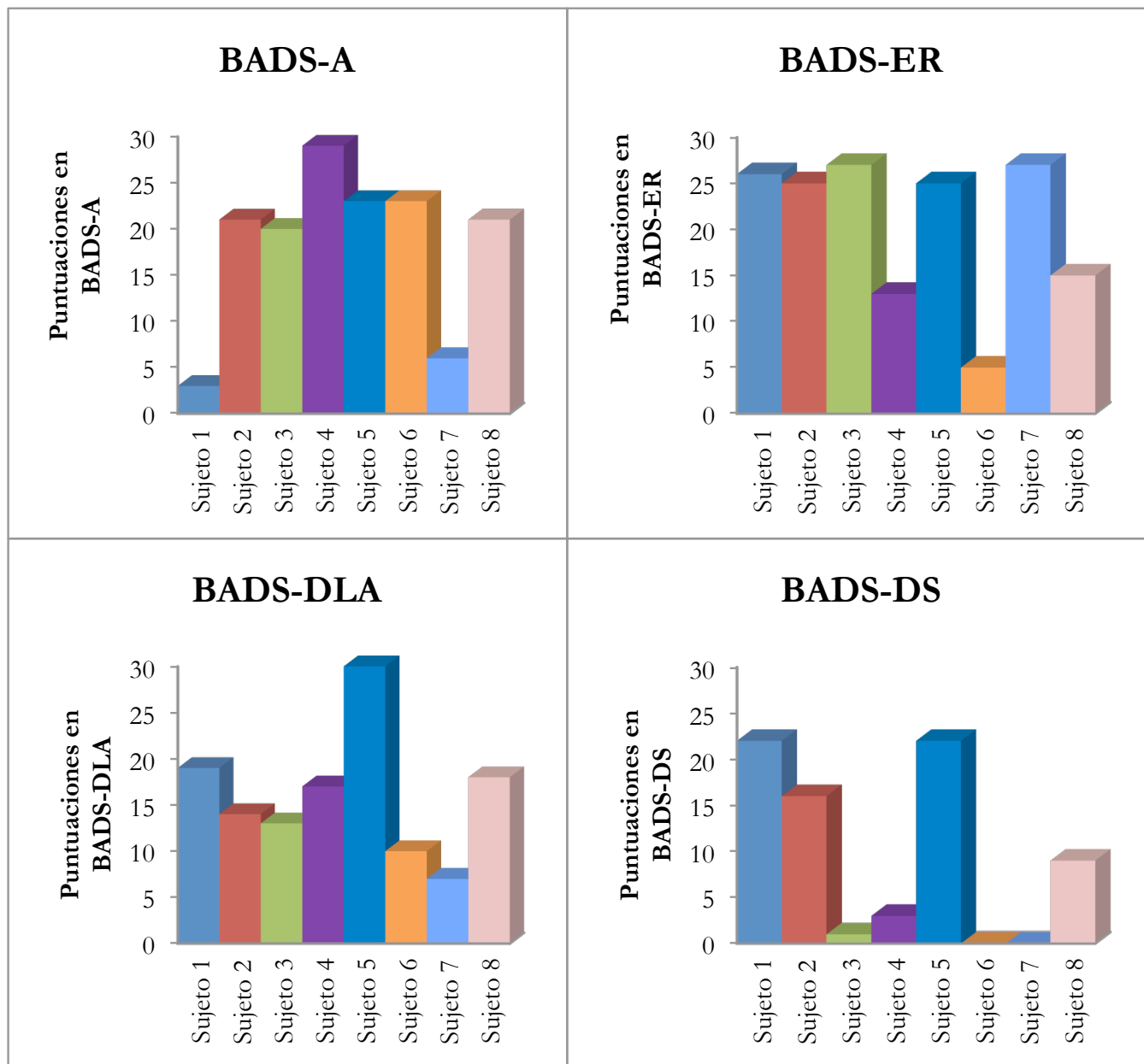


Figura 10. Puntuaciones directas en las cuatro dimensiones del BADS de todos los sujetos.

En la dimensión activación, los sujetos uno y siete fueron los que más bajas puntuaciones en activación de la depresión presentaron, seguidos de los sujetos dos, tres, cinco, seis y ocho que presentaron puntuaciones moderadas en activación de la depresión, siendo el sujeto cuatro el que presentó puntuaciones más altas respecto al resto de los individuos.

La segunda dimensión o dimensión de evitación-rumia, los sujetos cuatro, seis y ocho son los que presentaron puntuaciones más bajas en realizar este tipo de conductas, mientras que el resto de los sujetos presentaron mayores puntuaciones en esta dimensión con respecto al resto de participantes del estudio.

En la dimensión de deterioro laboral o académico, el sujeto cinco presentó puntuaciones superiores a las del resto de los individuos, esto es, su deterioro laboral o académico será mayor que el resto de participantes. El resto de sujetos presentaron puntuaciones más bajas, lo que indicaría que tienen ligeramente deteriorada el área laboral o académica.

Por último, la dimensión de deterioro social explicita que los sujetos tres, cuatro, seis y siete presentaron niveles muy bajos de deterioro en el ámbito social, por lo que esta área para estos sujetos se vio muy levemente deteriorada. Sin embargo, los sujetos uno, dos, cinco y ocho presentaron puntuaciones más altas respecto al resto de los participantes, lo que indicó que su área social se veía más deteriorada, aunque, sus puntuaciones no sean altas.

Se presentan las trayectorias globales de los ocho participantes del estudio en la Figura 11.

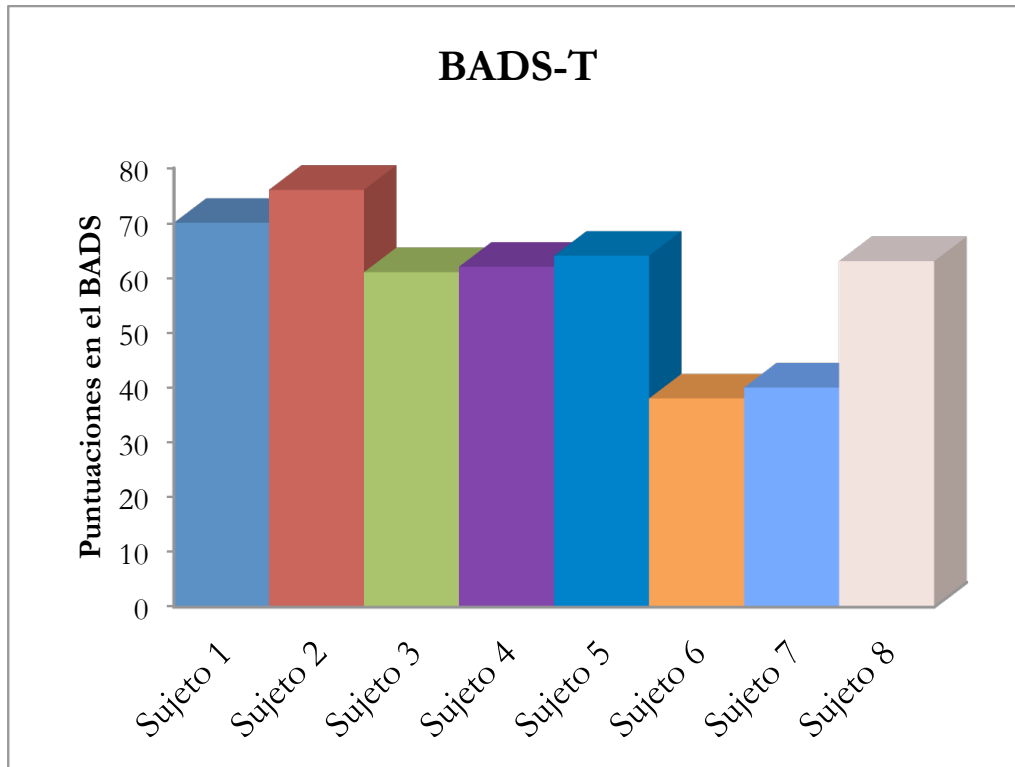


Figura 11. Puntuaciones directas en la escala total del BADS.

Los sujetos uno y dos obtuvieron mayores puntuaciones en la escala total del BADS, siendo los sujetos que presentaron más activación de la depresión con presencia de evitación-rumia, afectación laboral o académica y social, obteniendo en la escala global puntuaciones moderadas (Kanter et al., 2007). Posteriormente, con puntuaciones ligeramente inferiores se encontraron los sujetos tres, cuatro, cinco y ocho con puntuaciones globales en la escala BADS por debajo de la media. Finalmente los sujetos seis y siete, son los que presentan menores puntuaciones en la escala BADS respecto al resto de los participantes del estudio, lo que indicó que mostraron menor activación de la depresión y menores conductas evitativas y rumiativas y afectación en los ámbitos laborales, académicos y sociales.

3.5.7. Conclusiones de los resultados

En resumen, el punto de partida de esta investigación realizado en la primera medida, indicó que los participantes, en general, experimentaron bajo refuerzo positivo contingente acompañados de sentimientos negativos como consecuencia de esa ausencia de experiencias reforzantes del entorno.

Además, para la mayoría de los sujetos, la presencia de potenciales reforzadores en el ambiente y su capacidad para obtener refuerzo a partir de sus conductas fueron escasas, así como la posibilidad de alcanzar reforzadores cuando existían estímulos aversivos en el entorno. Es decir, la mayoría de ellos presentaron niveles leves o moderados de reforzamiento de las conductas que emite u omite para conseguir diferentes objetivos.

La mayoría de los participantes presentaron en un primer momento niveles moderados de activación conductual de la depresión, con moderada presencia de conductas evitativas y rumiativas y moderada afectación laboral o académica y social.

También presentaron conjuntamente niveles depresivos severos y moderados y altos niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que disminuyeron a niveles leves o mínimos al final del tratamiento. A pesar de que los sujetos mostraron la realización de un escaso número de actividades de la vida diaria, la cifra progresivamente fue aumentando a lo largo de la terapia, aunque, hubo diferencias entre los sujetos.

Más concretamente, los participantes ocho, dos, cuatro y cinco presentaron pocos refuerzos positivos contingentes del entorno lo que les hacía experimentar sentimientos negativos y baja capacidad y posibilidad para obtener refuerzo del entorno. Se ha indicado que puntuaciones bajas en estos aspectos serían un determinante del estado depresivo y de su mantenimiento

(Lewinsohn, 1974a; MacPhillamy & Lewinsohn, 1974; Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a). Además, estos mismos sujetos, presentaron puntuaciones moderadas en activación conductual de la depresión, experimentando así conductas evitativas y rumiativas y viéndose afectada su vida laboral o académica y su vida social.

Aunque al finalizar el tratamiento todos los participantes del estudio presentaron una clara disminución de presencia de sintomatología depresiva, los sujetos ocho, dos, cuatro y cinco destacaron por sus extremas puntuaciones antes y después del tratamiento, ya que, al finalizar el tratamiento presentaron niveles mínimos de depresión y de ansiedad rasgo y ansiedad estado. Además, incrementaron el número de actividades de la vida diaria que realizaban.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En primer lugar, debe señalarse que los objetivos de esta tesis doctoral han sido cumplidos en su totalidad. La terapia Híbrida de activación conductual para la depresión ha sido adaptada adecuadamente para ser administrada a la población chilena.

En segundo lugar, podemos destacar que, aunque la terapia Híbrida ha sido adaptada tanto a los usos lingüísticos como al contexto cultural chileno, los cambios no han afectado ni a la estructura general de la terapia ni a los mecanismos de acción principales. Por consiguiente, podemos considerar que la terapia adaptada es igual de eficaz que la original. Así, los resultados de la terapia Híbrida adaptada muestran que este tratamiento puede utilizarse en población chilena con depresión, al obtener los sujetos del estudio una clara disminución de presencia de sintomatología depresiva a lo largo del transcurso del tratamiento y al no cumplir los criterios diagnósticos de depresión al finalizar el mismo.

Además, los resultados de esta tesis doctoral apoyan los de otras investigaciones en los que se afirma que la terapia Híbrida es adecuada para ser administrada por estudiantes avanzados en formación de la salud, sin disponer por tanto de formación especializada ni experiencia profesional en terapias psicológicas. Hay que destacar que la menor inversión económica y formativa que supone la administración de esta terapia, conllevaría una disminución de los costes del sistema sanitario y de los clientes, una reducción en los tiempos de las listas de espera, así como un aumento en el acceso a ser intervenido con terapias psicológicas. Ésto es especialmente significativo en países en vías de desarrollo y con tasas de prevalencia de depresión elevadas, como Chile, que

requieren terapias eficaces, breves y económicamente viables para hacer frente a esta problemática.

Asimismo, debe recordarse que el objetivo de esta tesis doctoral no ha sido validar la eficacia de la terapia sino adaptarla a una población determinada, por lo que ocho sujetos para la muestra han sido suficientes para lograr todos los objetivos propuestos. No obstante, hubiera sido deseable haber tenido una muestra mayor con la que haber podido realizar un estudio aleatorizado que permitiera así obtener otros resultados complementarios.

Por otro lado, se han contemplado aquellos aspectos sociales y culturales de la población chilena que afectan a la correcta administración de la terapia. Sin embargo, otros aspectos que podrían afectar en menor medida a la aplicación de la misma no se han incluido ni descrito por ser su carácter excepcionalmente negativo. Es más, una vez evaluados los pros y contras de los mismos, se ha preferido excluirlos debido a que su consideración hubiera sido más perjudicial que beneficiosa.

Ha habido también una serie de elementos que han podido influir en mayor o menor grado en los resultados obtenidos en la terapia.

El primero de éstos ha sido la predisposición negativa por parte de los centros en los que se ha administrado la terapia, especialmente por los especialistas facultativos en Psiquiatría y los estudiantes en formación de dicha especialidad, así como por los especialistas facultativos en Psicología que supervisaron la realización de las prácticas de los estudiantes que administraron la terapia en los centros de destino. Dichos especialistas, teniendo su preferencia por las terapias de los enfoques psicodinámicos y fenomenológicos, no facilitaron en demasía la aplicación de la terapia Híbrida adaptada, ya fuera debido a los aspectos económicos que derivan de la “medicalización de la depresión” o al desplazamiento que podría suponer la

implantación de este tipo de terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual en sus centros. El segundo problema, relacionado en parte con el anterior, fue la falta de espacios en los centros en los que se administró la terapia, dada una escasez generalizada de salas y la preferencia en otorgar las disponibles al servicio de Psiquiatría. Por esta razón, en ocasiones, los estudiantes que administraron la terapia tuvieron que realizar las sesiones en espacios poco adecuados, como por ejemplo, los boxes de las unidades de urgencias e incluso en salas de espera. El tercer elemento a considerar es la predisposición prejuiciosa hacia las terapias de la orientación cognitivo-conductual y conductual que se observó en los propios estudiantes que administraron la terapia objeto del presente estudio, al no creer reiteradamente que una terapia tan breve pudiera causar un efecto de mejoría tan notable en un corto lapso de tiempo. Pensamos que este prejuicio podría ser debido, como ya se ha advertido, a una falta de formación en este tipo de orientaciones, lo que resulta paradójico dado que este tipo de terapias son las que cuentan con mayor evidencia tanto experimental como empírica en diversos trastornos y problemáticas psicológicas, y a más abundamiento, teniendo en cuenta que las políticas ministeriales chilenas en salud mental recomiendan aplicar terapias basadas en la evidencia.

Las anteriores problemáticas son posibles consideraciones a revisar en ulteriores estudios con la finalidad de que puedan ser mejoradas. Por ello, proponemos que sean advertidas como posibles recomendaciones en futuras investigaciones propias o de terceros. En este sentido, deseamos una mayor apertura tanto a la formación como a la administración de las terapias de orientación cognitivo-conductual y conductual en los trastornos mentales y, en especial, en los depresivos, con la finalidad de reducir las elevadas tasas de suicidio en Chile.

REFERENCIAS

- Abraído-Lanza, A. E., Viladrich, A., Flórez, K. R., Céspedes, A., Aguirre, A. N., & De La Cruz, A. A. (2007). Commentary: fatalismo reconsidered: a cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethnicity & Disease, 17*(1), 153-158.
- Abreu, P. R., & Santos, C. E. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(2), 130-145.
- Academia Chilena de la Lengua. (2010). *Diccionario de uso del español de Chile*. Santiago de Chile: MN Editorial.
- Academia Chilena de la Lengua. (2015). *640 Frases que caracterizan a los chilenos*. Santiago de Chile: Uqbar Editores.
- Acosta, F. X. (1982). Group psychotherapy with Spanish-speaking patients. In R. M. Becerra, M. Karno & J. I. Escobar (Eds.), *Mental health and Hispanic Americans: Clinical perspectives* (pp. 183-197). New York: Grune & Stratton.
- Agüera, L. (1996). ¿Cuál es la relación entre el suicidio y la depresión en el anciano? In A. Calcedo-Barba (Ed.), *La depresión en el anciano: doce cuestiones fundamentales* (pp. 179-102). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Agüera, L., & Hernán, F. (1999). Psiquiatría geriátrica. In D. Barcia (Ed.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 889-824). Madrid: Arán.
- Ahrens, B., Linden, M., Zäske, H., & Berzewski, H. (2000). Suicidal behavior-symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry, 41*(2 Supplement 1), 116-121.

- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A., & Hakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, *56*(11), 1048-1053.
- Angst, J., Angst, F., & Stassen, H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(Supplement 2), 57-62.
- APA. (1996). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado* (2009 ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- APA. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, *38*(2), 107-119.
- Arredondo, P. (2002). Mujeres Latinas-Santas y Marquesas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *8*(4), 308-319.
- Artiles, R., & López, S. (2009). Síntomas somáticos de la depresión. *Semergen*, *35*(1), 39-42.
- Barraca-Mairal, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis*, *5*, 27-39.
- Barraca-Mairal, J., & Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación Española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, *16*(1), 95-107.
- Barraca-Mairal, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015a). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.

- Barraca-Mairal, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015b). *Traducción del Reward Probability Index - RPI*. Manuscrito no publicado.
- Barraca-Mairal, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozano-Bleda, J. H. (2011). Avoidance and Activation as Keys to Depression: Adaptation of the Behavioural Activation for Depression Scale in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 998-1009.
- Barros-Arana, D. (1890). *Arribo y desembarco de la expedición española: proclamación y jura de la independencia de Chile*. Santiago de Chile: Imprenta Cervantes.
- Beasley, P. J., & Beardslee, W. R. (1998). Depression in the adolescent patient. *Adolescent Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 9(2), 351-362.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rusch, A., J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory - II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benito, E. (2009). La formación en psicología: revisión y perspectivas. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(2), 3-10.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1975). *The Relaxation Response*. New York: William Morrow.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Beutler, L. E., Castonguay, L. G., & Follete, W. C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 639-647.
- Blazer, C. (2001). Depresión. In R. Berkow & M. Beers (Eds.), *Manual Merck de Geriatria* (2ª ed.). Madrid: Elsevier.

- Bravo, L. (2013). Cincuenta años de la Psicología en Chile: Una perspectiva personal. *Psyke*, 22(1), 125-137.
- Brian, M., & Mateo, M. (2009). *Diccionario-guía de traducción Español-Inglés, Inglés-Español*. Barcelona: Publicacions i edicions Universitat de Barcelona.
- Bryant, F. B., Chadwick, E. D., & Kluwe, K. (2011). Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 107-126.
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2006). *The process of savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bucciferro, C. (2012). *FOR-GET: Identity, Media, and Democracy in Chile*. Lanham, Maryland: University Press of America.
- Busch, A. M., Uebelacker, L. A., Kalibatseva, Z., & Miller, I. W. (2010). Measuring Homework Completion in Behavioral Activation. *Behavior Modification*, 34(4), 310-329.
- Caban, A., & Walker, E. A. (2006). A systematic review of research on culturally relevant issues for Hispanics with diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(4), 584-595.
- Cabassa, L. J., Lester, R., & Zayas, L. H. (2007). "It's like being in a labyrinth:" Hispanic immigrants' perceptions of depression and attitudes toward treatments. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(1), 1-16.
- Cannobbio, G. (1901). *Refranes chilenos*. Santiago de Chile: Imprenta, Litografía i Encuadernación Barcelona.
- Carruthers, H. R., Morris, J., Tarrier, N., & Whorwell, P. J. (2010). The Manchester Color Wheel: development of a novel way of identifying color choice and its validation in healthy, anxious and depressed individuals. *BMC Medical Research Methodology*, 10(12).

- Carvalho, J. P., Trent, L. R., & Hopko, D. R. (2011). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity: Support for behavioral theories of depression. *Psychopathology, 44*(4), 242-252.
- Cary, E. (1960). La traduction totale. *Babel. Revue internationale de la traduction, 6*(3), 110-115.
- Cassidy, L. J., & Jellinek, M. S. (1998). Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatric Clinics of North America, 45*(5), 1037-1052.
- Cautela, J., & Kastenbaum, R. (1967). A reinforcement survey schedule for use in therapy, training and research. *Psychological Reports, 20*(3), 1115-1130.
- Centro de Estudios de Opinión Ciudadana. (2006). *Identidad de los Chilenos. Visión de los Santiaguinos*. Talca: Universidad de Talca.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., . . . Williams, D. A. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist, 51*(1), 3-16.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(5), 415-424.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. D. (2007). Extreme Nonresponse in Cognitive Therapy: Can Behavioral Activation Succeed Where Cognitive Therapy Fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 531-541.
- Colin, S. (2000). *Collins Diccionario español-inglés/English-Spanish Dictionary*. Barcelona: Grijalbo.
- Comas-Díaz, L. (1981). Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 627-632.

- Coryell, W., & Young, E. A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(4), 412-417.
- Cuenca-Villarejo, M. (1987). *Diccionario de términos equívocos («falsos amigos») inglés-español-inglés*. Madrid: Alhambra.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 318-326.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sangeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., & Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for innercity illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance abuse (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(1), 122-129.
- Davies, M. (2001-2015). El corpus del español. 2016, from <http://www.corpusdelespanol.org/>
- De Leo, D., Rocco, P. L., Dello Buono, M. R., & Dalla Barba, G. F. (1989). Grey mood: grey colours. *The Lancet*, *334*(8662), 573-574.
- Delaney, C. (1998). Reducing recidivism: Medication versus psychosocial rehabilitation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *36*(11), 28-34.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Cristoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 37-52.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(7), 1007-1013.

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- Dill, J. C., & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in Living. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 93-125). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Ekers, D., Richards, D. A., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623.
- Ekers, D., Webster, L., van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D. A., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE*, 9(6).

- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(5), 841-847.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIHM Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry, 42*(3), 305-316.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 971-982.
- Ferster, C. B. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist, 28*(10), 857-870.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. E. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence, 36*(142), 241-248.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Ekselius, L., & Kanter, J. W. (2015). Behavioral Activation Between Acute Inpatient and Outpatient Psychiatry: Description of a Protocol and a Pilot Feasibility Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(4), 468-480.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J. W., Kuutmann, K., . . . Ekselius, L. (2015). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: A multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46*, 170-181.
- Fundación Imagen de Chile. (2016). *Informe final Estudio Identidad Chilena*. Santiago de Chile: Gerencia de Estudios - Marca Chile.

- García-Yebra, V. (1986). Traducción y enseñanza de las lenguas extranjeras. In F. Fernández (Ed.), *Pasado, presente y futuro de la lingüística aplicada en España. Actas del III Congreso nacional de Lingüística aplicada*. Valencia: Servicio de publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Gardner, P., & Oei, T. P. S. (1981). Depression and self-esteem: an investigation that used behavioral and cognitive approaches to the treatment of clinically depressed clients. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 128-135.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468-475.
- Giraldo, O. (1972). El machismo como fenómeno psicocultural. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(3), 295-309.
- Glaser, K. (1967). Masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 21(3), 565-574.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.
- Grant, P., Young, P. R., & DeRubeis, R. J. (2005). Cognitive and behavioral therapies. In G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy, 1st Edition* (pp. 15-25). New York: Oxford University Press.
- Hammen, C. L., & Glass, D. R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 718-721.

- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 17-28.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. M., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*(6), 693-704.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follete & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follete, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Herrera, A. E., & Sanchez, V. C. (1976). Behaviorally oriented group therapy: A successful application in the treatment of low income Spanish-speaking clients. In M. R. Miranda (Ed.), *Psychotherapy with the Spanish-speaking: Issues in research and service delivery* (pp. 73-84). Los Angeles: Spanish Speaking Mental Health Research Center.
- Herrera, M. J. (2013). *Depression and diabetes comorbidity: Psychotherapy treatment preferences among a predominantly Mexican sample of primary care patients with diabetes*. (Ph. D Thesis), University of Nebraska - Lincoln, Nebraska, Lincoln.
- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of a response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 4*(3), 267-272.

- Herrnstein, R. J. (1970). On the Law of Effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 13(2), 243-266.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Bonin, L. A. (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (pp. 39-63). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., . . . Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422.
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(1), 58-73.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932.
- Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). *A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*. Oakland, California: New Harbinger.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23(5), 699-717.

- Hurtado-Albir, A. (1999). *Enseñar a traducir: metodología en la formación de traductores e intérpretes*. Madrid: Edelsa.
- Hurtado-Albir, A. (2001). *Traducción y traductología: introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra.
- Idrobo-Velasco, J. A. (2012). Awayu: el tejido de la identidad diversa latinoamericana. Constitución ontológica de una tradición ancestral como posibilidad de interpretación. In I. Cáceres-Correa & A. Quezada-Figueroa (Eds.), *Identidad... ¿latinoamericana?: Diálogos de Multiplicidades*. Concepción, Chile: Academia Libre y Popular Latinoamericana de Humanidades.
- Jacobson, N. S. (1994). Contextualism is dead: Long live contextualism. *Family Process*, 33(1), 97-100.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28(3), 435-443.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
- Jirón, M., Machado, M., & Ruiz, I. (2008). Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista Médica de Chile*, 136(9), 1147-1154.

- Jocelyn-Holt, A. (1992). *La independencia de Chile: Tradición, modernización y mito*. Madrid: Mapfre.
- Kanfer, F. H. (1970a). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(2), 148-152.
- Kanfer, F. H. (1970b). Self-regulation: Research issues and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior Modification in Clinical Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst*, 29(2 (Fall)), 161-185.
- Kanter, J. W., Bove, W. M., Baruch, D. E., & Busch, A. M. (2011). Behavioral Activation for Depression. In D. W. Springer, A. Rubin & C. G. Beevers (Eds.), *Treatment of Depression in Adolescents and Adults. Clinician's Guide to Evidence-Based Practice* (pp. 113-180). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009a). *Behavioral Activation Distinctive Features*. London and New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009b). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. London and New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2011). *Activación Conductual: Refuerzos positivos ante la depresión*. Madrid: Alianza.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1), 1-21.

- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M., & Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today, 6*(1), 65-81.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 608-620.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making behavioral activation more behavioral. *Behavior Modification, 32*(6), 780-803.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 191-202.
- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M., & Nagy, G. A. (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry, 200*(5), 361-363.
- Kanter, J. W., & Rusch, L. C. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a Community Sample with Elevated Depressive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(1), 36-42.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial Outcomes of a Culturally Adapted Behavioral Activation for Latinas Diagnosed With Depression at a Community Clinic. *Behavior Modification, 34*(2), 120-144.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G. A., López, M., Hurtado, G. D., & West, P. (2015). A randomized hybrid efficacy and

- effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177-192.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 160-165.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, Inc.
- Kocbek, A. (2011). Translating contracts as 'culturemes'. *Rivista internazionale di tecnica della traduzione*, 13, 93-104.
<https://http://www.openstarts.units.it/dspace/handle/10077/9180>
- Kohn, R., Levav, I., Caldañas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., . . . Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American Journal of Psychiatry*, 135(5), 525-533.
- LaGanga, L. R., & Lawrence, S. R. (2007). Clinic overbooking to improve patient access and increase provider productivity. *Decision Sciences*, 38(2), 251-276.
- Larraín, J. (2001). *Identidad chilena*. Santiago de Chile: Lom ediciones.
- Larraín, J. (2014). *Identidad chilena 2ª ed.* (Segunda ed.). Santiago de Chile: Lom ediciones.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification, 25*(2), 255-286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 164-175.
- Lewinsohn, P. M. (1974a). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Washington, DC: Winston-Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1974b). Clinical and theoretical aspects of depression. In K. S. Calhoun, H. E. Adams & K. M. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company.
- Lewinsohn, P. M., & Atwood, G. E. (1969). Depression: A clinical-Research approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 6*(3), 166-171.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain* (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Breckenridge, J. S., Antonuccio, D. O., & Teri, L. (1985). A Behavioral Group Therapy Approach to the Treatment of Depression. In D. Upper & S. M. Ross (Eds.), *Handbook of Behavioral Group Therapy* (pp. 303-329). New York and London: Plenum Press.
- Lewinsohn, P. M., & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Hadbook depression* (pp. 352-375). New York: The Guilford Press.

- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 262-268.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology, 79*(3), 291-295.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1978). *Control Your Depression*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1992). *Control Your Depression. Revised and Updated*. New York: Simon and Schuster.
- Lewinsohn, P. M., & Shaffer, M. (1971). Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37*(1), 87-94.
- Lewinsohn, P. M., & Shaw, D. A. (1969). Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 17*(2), 82-88.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology, 26*(4), 525-532.
- Lin, S. K., Hung, T. M., Liao, Y. T., Lee, W. C., Tsai, S. Y., Chen, C. C., & Kuo, C. J. (2014). Protective and risk factors for inpatient suicides: A nested case-control study. *Psychiatry Research, 217*(1-2), 54-59.
- López-Ibor, A. (1979). Equivalentes depresivos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, XII, 2ª etapa*(1).
- Luco, A. (2010). *La Psicología en Chile: Ciencia, disciplina y profesión*. Santiago de Chile: Uniacc.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1972). *Pleasant Events Schedule*. Mimeo: University of Oregon.

- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1972, 1979). *Adaptación española del Cuestionario de Refuerzos Placenteros (PES)* (Carrillo., García., Izquierdo., Rodríguez., González., Comairé. & Marquina., Trans. 1979 ed.). Mimeo: University of Oregon.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1974). Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(6), 651-657.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1976). *Manual for The Pleasant Events Schedule*. Mimeo: university of Oregon.
- Maero, F., & Quintero, P. J. (2016). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para Depresión: Protocolo y guía clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Mairal, J. B. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23-50.
- Maldonado-López, A. (1982). Terapia de conducta y depresión: Un análisis experimental de los modelos conductual y cognitivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37(1), 31-56.
- Malmquist, C. P. (1971a). Depression in childhood and adolescence. 2. *New England Journal of Medicine*, 284(17), 955-961.
- Malmquist, C. P. (1971b). Depressions in childhood and adolescence. 1. *New England Journal of Medicine*, 284(15), 887-893.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 547-561.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*, 3(3), 136-139.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's guide*. New York-London: The Guilford Press.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación Conductual para la depresión: Una guía clínica*. Bilbao: Declée de Brower.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology Science and Practice, 16*(4), 383-411.
- McDowell, J. J. (1982). The importance of Herrnstein's mathematical statement of the law and effect for behavior therapy. *American Psychologist, 37*(7), 771-779.
- Méndez, F. (2002). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Merino, J., & Taylor, S. (2002). *Manual práctico de traducción directa: inglés-español*. Madrid: Anglo-Didáctica.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública, 18*(4-5), 346-358.
- MINSAL. (2005). *Segundo Regimen de Garantías Explícitas en Salud. Decreto Supremo N° 228 de 2005* Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2008). *Informe final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*: Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud Pública.
- MINSAL. (2010). *Mortalidad por Causas, según sexo. Chile 2000-2009*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2013). *Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- MINSAL ENS. (2003). *I Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2003*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.

- MINSAL ENS. (2010). *Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- Miranda, J. (1976). Mexican American dropouts in psychotherapy as related to level of acculturation. *Spanish Speaking Mental Health Research Center Monograph Series*, 3, 35-50.
- Molina, L., & Hurtado-Albir, A. (2002). Translation techniques revisited: A dynamic and functionalist approach. *Meta: journal des traducteurs / Meta: Translators' Journal*, 47(4), 498-512.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español María Moliner* (Vol. 1 y 2). Madrid: Gredos.
- Montero, M. (1984). *Ideología, alienación e identidad nacional. Una aproximación psicosocial al ser venezolano*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca.
- Muñoz-Torres, C. A. (2011). *Análisis contrastivo y traductológico de textos médicos (Inglés-Español). El Género Caso Clínico*. (PhD thesis), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Newmark, P. (1988). *A textbook of translation*. London: Prentice Hall.
- Nord, C. (1997). *Translating as a Purposeful Activity: Functionalist Approaches Explained* (Vol. 1). Manchester: St. Jerome Publishing.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Watson, D., Dietz, P. M., Farr, S. L., & D'angelo, D. (2012). Brief scales to detect postpartum depression and anxiety symptoms. *Journal of Women's Health*, 21(12), 1237-1243.
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*: OECD.
- Oksaar, E. (1988). *Kulturremtheorie. Ein Beitrag zur Spracherwendungsforschung*. Hamburg: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- OMS. (1992). *CIE 10: Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

- Organista, K. C., & Muñoz, R. F. (1996). Cognitive behavioral therapy with Latinos. *Cognitive and Behavioral Practice, 3*(2), 255-270.
- Organización Internacional del Trabajo. (2017). *Informe Mundial sobre Salarios 2016/2017: La desigualdad salarial en el lugar de trabajo*. Ginebra: OIT.
- Orlandini, E. (2000). *Measuring the impact of the loss of the marianista gender role in Hispanic families as they acculturate*. (Ph. D Thesis), Carlos Albizu University, Unpublished, Miami, FL.
- Orozco-Jutorán, M. (2012). *Metodología de la traducción directa del inglés al español. Materiales didácticos para traducción general y especializada* (2nd ed.). Granada: Editorial Comares.
- Owe, E., Vignoles, V. L., Becker, M., Brown, R., Smith, P. B., Lee, S. W. S., . . . Jalal, B. (2013). Contextualism as an important facet of individualism-collectivism: personhood beliefs across 37 national groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 44*(1), 24-45.
- Padfield, M. (1976). The comparative effects of two counseling approaches on the intensity of depression among rural women of low socioeconomic status. *Journal of Counseling Psychology, 23*(3), 209-214.
- PAHO/WHO. (2010). *Manual de capacitación a familias. Practicando la higiene cuidamos nuestra salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- PAHO/WHO. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Peak, T., & Barusch, A. (1999). Managed care: a critical review. *Journal of Health & Social Policy, 11*(1), 21-36.
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology, Research and Practice, 16*(1), 114-123.

- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley, California: University of California Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2014). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. In A. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez & I. Amigo-Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (7 ed., pp. 161-195). Madrid: Pirámide. (Reprinted from: 2014).
- Pincus, A. L. (2010). Introduction to the special series on integrating personality, psychopathology, and psychotherapy using interpersonal assessment. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 467-470.
- Pirela-Torres, A. E. (1999). El color en la arquitectura de Maracaibo. Consideraciones preliminares para un estudio crítico. *Opción*, 29, 11-24.
- PNUD-Chile. (2012). *Desarrollo Humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo 2012*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Poyatos, F. (1976). *Man Beyond Words: Theory and Methodology of Nonverbal Communication* (Vol. 15). New York: New York State English Council.
- RAE. (2014). *Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua Española*. (23ª ed.). Madrid: S.L.U. Espasa Libros.
- Raue, P., & Schulberg, H. C. (2007). Psychotherapy and patient preferences for the treatment of major depression in primary care. In M. J. Henri (Ed.), *Trends in Depression Research* (pp. 31-51). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804.

- Rhodes, S., Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Byford, S., Farrand, P. A., . . . Wright, K. A. (2014). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behaviour therapy for depression (COBRA): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *15*(29).
- Ribas, A. (1995). Adecuación y aceptabilidad en la traducción de textos dramáticos. In F. Lafarga & R. Dengler (Eds.), *Teatro y Traducción* (pp. 25-36). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., . . . Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet, Online*. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0).
- Robinson, J. C., & Lewinsohn, P. M. (1973a). Behavior modification of speech characteristics in a chronically depressed man. *Behavior Therapy*, *4*(1), 150-152.
- Robinson, J. C., & Lewinsohn, P. M. (1973b). An experimental analysis of a technique based on the Premack principle for changing the verbal behavior of depressed individuals. *Psychological Reports*, *32*(1), 199-210.
- Rohde, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K., Clarke, G. N., & Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 80-88.
- Sánchez, R., Cuervo, J., & Martínez, T. (2005). Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Detección y Tratamiento. *Foro Pediátrico*, *II*(3), 6-14.
- Sánchez-Gaete, M. (2011). *Historia de la Iglesia en Chile: 3. Los nuevos caminos, la Iglesia y el Estado*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Santiago-Rivera, A. L. (2005). *"Marianismo" and "Latino Marriage"*. Danbury, Connecticut: Grolier.
- Santiago-Rivera, A. L., Kanter, J. W., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 173-185.
- Sanz, J., García-Vera, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas e pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36-52.
- Shaw, B. F. (1977). Comparison of Cognitive Therapy and Behavior Therapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(4), 543-551.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Apoleton-Century-Crofts, INC.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

- Snell-Hornby, M., Pöchhacker, F., & Kaindl, K. (Eds.). (1994). *Translation Studies: An Interdiscipline: Selected Papers from the Translation Studies Congress, Vienna, 1992*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stuart, S., Robertson, M., & O'Hara, M. W. (2006). The Future of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 578-588.
- Sudak, D. M., Majeed, M. H., & Youngman, B. (2014). Behavioral Activation: A Strategy to Enhance Treatment Response. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(4), 269-275.
- Sun, R. C., Hui, E. K., & Watkins, D. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(2), 209-224.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.
- Taylor, F. G., & Marshall, W., L. (1977). Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 59-72.
- Teri, L., & Lewinsohn, P. M. (1985). Group intervention for unipolar depression. *The Behavior Therapist*, 8(6), 109-111.
- Toolan, M. (1996). *Total Speech: An Integrational Linguistic Approach to Language*. Durham, Carolina del Norte: Duke University Press.
- Vera-Villarroel, P. E., Arco, J. L., Bucla-Casal, G., & Justicia, F. (1998, 8-12 september). *Preferences among psychology student sample with regard to*

- behavioral and cognitive therapies*. Paper presented at the 28th Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies (EABCT), Cork, Irlanda.
- Vera-Villarroel, P. E., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, 25(2), 155-162.
- Vera-Villarroel, P. E., Montesinos, L., & Prieto, A. (2006). Análisis y Terapia del Comportamiento en Chile: Orígenes, estado actual y proyecciones. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24(1), 47-58.
- Vermeer, H. J. (1983). *Aufsätze zur Translationstheorie*. Heidelberg: Selbsverl. Vermeer.
- Vinet, E. V., & González, N. R. (2013). Desarrollos actuales y desafíos futuros en la evaluación psicológica en Chile. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 134-138.
- Visión Humana. (2010). *Mirémonos. Saber cómo somos*. Santiago de Chile: Visión Humana, la otra mirada.
- Visión Humana. (2012). Estudio Chilesopio Identidad Nacional. *Estudio Chilesopio 2012*. Santiago de Chile: Visión Humana, la otra mirada.
- Visión Humana. (2013). *Cómo somos los chilenos*. Santiago de Chile: Visión Humana, la otra mirada.
- Weissman, M. M. (2006). A Brief History of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553-557.
- Welner, Z. (1978). Childhood depression: An overview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(8), 588-593.
- WHO. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. Francia: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

- WHO. (2012). *Depression, a hidden burden*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2014a). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2014b). Unless otherwise noted, all mortality statistics in the text, tables and figures are taken from: Global Health Estimates 2013; Deaths by Cause, Age and Sex, Estimates for 2000-2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2016a). Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2016b). World Health Statistics 2016 data visualization dashboard. Retrieved February 2017, from <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2008). *The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework*. Manuscript submitted for publication. Oxford, Mississippi.
- Wilson, P. H. (1982). Combined pharmacological and behavioural treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 20(2), 173-184.
- Wilson, P. H., Goldin, J. C., & Charbonneau-Powis, M. (1983). Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7(2), 111-124.
- Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 131-161.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training,

pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 427-439.

Zinn, M. B. (1982). Familism among Chicanos: A theoretical review. *Humboldt Journal of Social Relations*, 10, 224-238.

ANEXOS. MATERIALES ADAPTADOS

Índice de los anexos	227
Cuestionario de Eventos Placenteros (PES)	229
Hoja GRIPE-GRIPEA.....	238
Bitácora de actividades nivel base un día	239
Bitácora de actividades nivel base semanal.....	241
Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ)	242
Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS)	244
Índice de Probabilidad a la Recompensa (RPI)	245
Contrato con los otros importantes.....	246
Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS).....	247
Guía para mantenerse activo.....	248
Guía de análisis funcional.....	251
Hoja de activación para guiar la programación de actividades específicas	252
Modelo de los tres círculos	253
Modelo de los dos círculos de la depresión.....	254
Hoja de evaluación de finalización de actividades.....	255

CUESTIONARIO DE EVENTOS PLACENTEROS (PES)¹

Este cuestionario tiene como objetivo pensar determinadas actividades que se incluyen en una lista de 320 eventos o situaciones placenteras. El cuestionario se completa en dos oportunidades, en un primer momento se anota con una X la frecuencia o cuantas veces se ha hecho la actividad en el último mes, en un grado de 1 a 3, donde 1 es no la hizo, 2 la hizo de una a tres veces, y 3 la hizo más tres veces. En un segundo momento, debe anotar el agrado o placer que le producen únicamente aquellos eventos que en la primera oportunidad marcó un 3, es decir, que los hizo más de tres veces. Por ejemplo, el evento de “Ir al campo”. Imagine que ha ido al campo en el último mes más de tres veces. Deberá marcar con una X la columna número 3 en la hoja de respuestas al lado del evento número uno. Su respuesta se mostraría de la siguiente manera:

Número del evento		Frecuencia de eventos		
		1	2	3
1	Ir al campo			X

Importante:

Este cuestionario contiene eventos que pueden ocurrir a diversas personas, pero puede que algunos eventos no le hayan ocurrido a usted en los últimos treinta días, por lo que no se espera que nadie haya realizado todos estos eventos en un mes.

Dé vuelta a la página siguiente y comience el cuestionario. Gracias.

¹ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del The Pleasant Events Schedule (PES) (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972) y de la adaptación española del Cuestionario de Refuerzos Placenteros (PES) (MacPhillamy & Lewinsohn, 1972, 1979).

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES)

		Frecuencia de eventos		
		1	2	3
1	Ir al campo			
2	Ponerse ropas de marca			
3	Hacer donaciones a actividades religiosas, caritativas o a otros grupos			
4	Conversar de deporte			
5	Conocer a una persona nueva del mismo sexo			
6	Hacer pruebas cuando se está bien preparado			
7	Ir a un concierto de rock			
8	Jugar al pool			
9	Organizar excursiones o vacaciones			
10	Comprarme cosas			
11	Ir a la playa			
12	Hacer trabajos de arte (pintura, escultura, dibujo, cine, etc.)			
13	Escalar o caminar en la montaña			
14	Leer la Biblia u otros libros religiosos			
15	Jugar al golf			
16	Ir a ver actividades militares			
17	Cambiar el orden de mi pieza o de mi casa			
18	Estar sin ropa			
19	Ir a actividades deportivas			
20	Leer un libro o revista de manualidades			
21	Ir a las carreras (de caballos, autos, navíos, etc.)			
22	Leer historias, novelas, poemas u obras de teatro			
23	Ir a un bar, botillería, pub, etc.			
24	Asistir a conferencias, seminarios			
25	Manejar bien			
26	Respirar aire puro			
27	Escribir música o hacer arreglos musicales			
28	Curarse			
29	Hablar bien, modulando			
30	Practicar la navegación (de canoa, motor, vela, remo, etc.)			
31	Hacer feliz a mis papas			
32	Restaurar muebles antiguos, arreglar los muebles, etc.			
33	Ver televisión			
34	Conversar conmigo mismo			
35	Hacer camping			
36	Hacer política			
37	Trabajar con maquinaria (autos, bicicletas, motos, tractores, etc.)			
38	Pensar en algo bueno para el futuro			
39	Jugar a los naipes			
40	Terminar una tarea difícil			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
41	Reír			
42	Solucionar rompecabezas, adivinanza, crucigrama, etc.			
43	Ir a matrimonios, bautizos, 1ª comunión, etc.			
44	Hablar mal de alguien ("pelar")			
45	Afeitarse			
46	Compartir una colación con amigos y compañeros			
47	Consumir drogas duras			
48	Jugar tenis			
49	Bañarse			
50	Manejar largas distancias			
51	Trabajar con madera			
52	Escribir literatura (libros, novelas, poesía, etc.)			
53	Estar con animales			
54	Subir a un avión			
55	Explorar, hacer caminatas, ver cuevas, etc.			
56	Conversar sincero y libremente			
57	Cantar en grupo			
58	Pensar en mí y en mis problemas			
59	Trabajar en mi trabajo			
60	Ir a una fiesta o discoteque			
61	Participar en colectas religiosas, sociales, bingos benéficos, etc.			
62	Hablar en un idioma extranjero			
63	Ir a reuniones grupales o de club deobby y de Lulú, aniversarios, etc.			
64	Ir a una reunión de empresas o a una convención			
65	Pasear en un auto deportivo o caro			
66	Tocar un instrumento musical			
67	Preparar sándwich y canapés, etc.			
68	Esquiar			
69	Recibir ayuda			
70	Vestir informal			
71	Peinarme el pelo			
72	Actuar, interpretar un papel			
73	Hacer siesta			
74	Compartir con amigos			
75	Echar en frascos, conservas, congelar, etc.			
76	Manejar rápido			
77	Solucionar un problema personal			
78	Estar en la ciudad			
79	Ir a bañarse			
80	Cantar solo			
81	Hacer comidas o artesanía para vender o regalar			
82	Apostar			
83	Estar con mis nietos			
84	Jugar al ajedrez o a las damas			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
85	Hacer artesanía (alfarería, joyería, cuero, telar, etc.)			
86	Pesarme			
87	Rascarme			
88	Maquillarme, arreglarme el pelo, etc.			
89	Diseñar o hacer bosquejos			
90	Visitar a los enfermos hospitalizados o con problemas			
91	Hacer salud, entretener una fiesta			
92	Jugar al bowling			
93	Ser el centro de meso en una reunión			
94	Observar animales salvajes			
95	Tener una idea original			
96	Trabajar y cuidar el jardín y la tierra			
97	Sacar a escondidas de una tienda			
98	Leer libros específicos o literatura académica o profesional			
99	Ponerse ropa nueva			
100	Bailar			
101	Tomar sol			
102	Andar en moto			
103	Sentarme a pensar			
104	Tomar en grupos			
105	Observar que suceden cosas buenas a familiares y a amigos			
106	Ir a centro de diversión, carnaval, circo o zoológico			
107	Conversar de historia o religión			
108	Apostar dinero			
109	Organizar algo			
110	Fumar marihuana (“pito”)			
111	Tomar solo			
112	Oír los sonidos de la naturaleza			
113	Invitar, pinchar, pololear, etc.			
114	Conversar entretenido			
115	Participar en carreras de autos, motos, navíos, etc.			
116	Oír radio			
117	Llevar amigos a la casa			
118	Participar en una competencia de deporte			
119	Ser intermediario para que se conozca una pareja			
120	Hacer regalos			
121	Ir a reuniones de padres, de vecinos, sesiones del juzgado, asambleas, etc.			
122	Recibir masajes			
123	Recibir correspondencia diversa			
124	Mirar el cielo, las nubes, una tormenta			
125	Ir al parque, a un picnic, o un asado, etc.			
126	Jugar basquetbol			
127	Comprar algo para mi familia			
128	Tomar fotos			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
129	Dictar una conferencia o discurso			
130	Revisar mapas			
131	Coleccionar objetos naturales (comidas o frutas salvajes, rocas, minerales, etc.)			
132	Revisar mis finanzas, administrar mi dinero			
133	Ponerse ropa limpia			
134	Hacer una compra al por mayor o invertir (autos, aparatos, casa, artículos de bodega, etc.)			
135	Ayudar a alguien			
136	Ir a la montaña			
137	Conseguir una mejora en el trabajo, ser ascendido (aumento de sueldo, mejor empleo, etc.)			
138	Escuchar chistes			
139	Ganar una apuesta			
140	Conversar sobre mis hijos o nietos			
141	Conocer a una persona del otro sexo			
142	Asistir a foro político, protestas, paros, etc.			
143	Conversar de mi salud			
144	Observar un bonito paisaje			
145	Comer comida que te guste			
146	Mejorar mi estado de salud (arreglar mi dentadura, ponerme lentes nuevas, cambiar mi dieta, etc.)			
147	Ir al centro			
148	Practicar boxeo			
149	Ir de cacería o practicar tiro al disco			
150	Tocar en un grupo de música			
151	Caminar			
152	Ir a museos o exposiciones			
153	Escribir documentos, presentaciones, papers, diario de mi vida, etc.			
154	Hacer bien un trabajo			
155	Tener tiempo libre			
156	Pescar			
157	Prestar algo			
158	Creerse lindo y atractivo			
159	Satisfacer a los jefes, profesores, etc.			
160	Dar un consejo a alguien			
161	Ir al gimnasio, sauna, etc.			
162	Ser enfrentado por alguien			
163	Aprender a hacer algo nuevo			
164	Sentarse al aire libre y ver pasar a la gente			
165	Ser partner o alabar a alguien			
166	Pensar en personas que me gusten			
167	Participar en asociaciones, grupos, quinchos, etc.			
168	Vengarse de alguien			
169	Estar con mis papas			
170	Montar a caballo			
171	Protestar de los problemas sociales, políticos, etc.			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
172	Hablar por teléfono			
173	Soñar a futuro			
174	Jugar polca, bochas, canicas, trompo, yoyo, etc.			
175	Jugar tejo, rana, luche, etc.			
176	Ir a reuniones de colegio, curso, etc.			
177	Ver celebridades			
178	Ir al cine			
179	Besar			
180	Estar solo			
181	Organizar mi tiempo			
182	Cocinar			
183	Recibir cumplidos por personas que admiro			
184	Ser más despierto, más vivaz que mi jefe			
185	Sentir la presencia de Dios, el Señor que me acompaña			
186	Hacer un trabajo a mi pinta			
187	Hacer arreglos en mi casa			
188	Llorar			
189	Que me digan que me necesitan			
190	Estar en una reunión familiar			
191	Ir una lototeca, fiesta			
192	Lavarme el pelo			
193	Dar talleres a alguien, entrenarle			
194	Ir a un restaurant			
195	Mirar y oler una flor o planta			
196	Estar invitado a una casa			
197	Recibir homenajes (militares, académicos, etc.)			
198	Ponerse colonia, perfume, etc.			
199	Que alguien me entienda y esté de acuerdo conmigo			
200	Recordar, recordarse y hablar del pasado			
201	Levantarse temprano en la mañana			
202	Tener paz y tranquilidad			
203	Realizar experimentos y trabajos científicos			
204	Ir a visitar amigos			
205	Anota en la agenda			
206	Jugar fútbol			
207	Dejarse aconsejar			
208	Rezar u orar			
209	Dar masajes			
210	Hacer dedo			
211	Hacer meditación o yoga			
212	Mirar una pelea			
213	Hacer favores a las personas			
214	Conversar con personas en el trabajo o en clase			
215	Estar relajado			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
216	Que me pidan consejo o ayuda			
217	Pensar en los problemas de los demás			
218	Jugar juegos de mesa (ludo, metrópolis, etc.)			
219	Dormir profundo en la noche			
220	Realizar trabajo pesado al aire libre (picar leña, trabajar en el campo, etc.)			
221	Leer el diario			
222	Ofender a personas, maldecir, hacer obscenidades, etc.			
223	Practicar rally con moto			
224	Hacer terapia grupal, aprender a conocer tu cuerpo, etc.			
225	Tener sueños en la noche			
226	Jugar tenis de mesa (ping-pong)			
227	Lavarme los dientes			
228	Nadar			
229	Participar en una pelea			
230	Trotar, hacer gimnasia, estar en forma y realizar ejercicios deportivos			
231	Andar a pie descalzo			
232	Jugar a la escondida			
233	Hacer aseo, lavar ropa, limpiar cosas			
234	Estar con el compañero de pieza			
235	Oír música			
236	Discutir			
237	Hacer tejido, crochet, palillos, bordado			
238	Acariciar a tu compañero			
239	Entretener a las personas			
240	Conversar sobre sexo			
241	Ir a la peluquería o salón de belleza			
242	Recibir invitados en casa			
243	Estar con la persona que amo			
244	Leer revistas			
245	Levantarme tarde			
246	Comenzar un proyecto nuevo			
247	Ser porfiado			
248	Tener relaciones sexuales con algún compañero de otro sexo			
249	Experimentar otras formas de satisfacción sexual			
250	Ir a la biblioteca			
251	Jugar rugby, hockey, juegos de pelota, etc.			
252	Hacer comida especial o diferente			
253	Mirar los pájaros			
254	Ir a comprar			
255	Mirar a las personas			
256	Prender y mirar el fuego			
257	Vencer en una discusión			
258	Vender y negociar cosas			
259	Finalizar un proyecto o tarea			

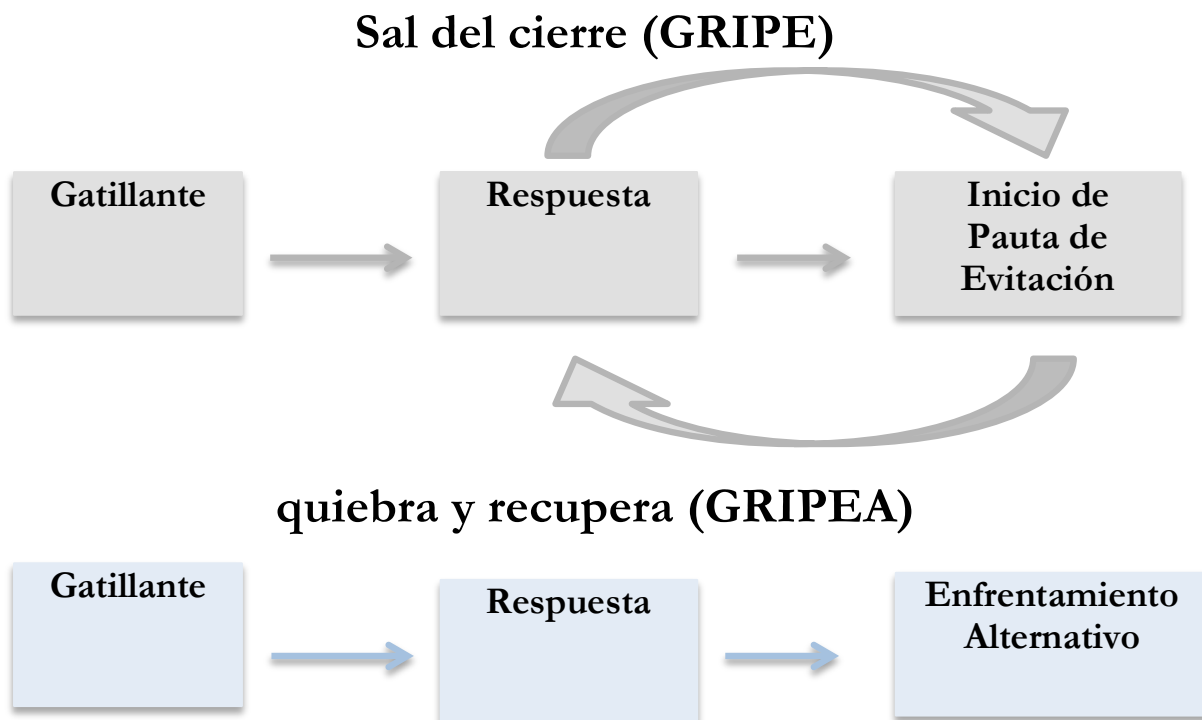
Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
260	Disculparse			
261	Arreglar cosas			
262	Trabajar en grupo			
263	Andar en bicicleta			
264	Decirla a las personas lo que tienen que hacer			
265	Estar con personas felices, contentas			
266	Practicar juegos en grupo (botella, silla musical, toma todo, etc.)			
267	Escribir cartas, postales, telegramas			
268	Conversar de política o temas públicos			
269	Pedir consejo o ayuda			
270	Ir a comidas, almuerzo, cenas			
271	Conversar de mis hobbies o de lo que me interesa			
272	Mirar a mujeres o a hombres físicamente atractivos			
273	Sonreír a las personas			
274	Jugar en la arena, río, pasto, etc.			
275	Conversar sobre otras personas			
276	Estar con mi esposo o esposa			
277	Que a otras personas les importe lo que estoy diciendo			
278	Ir de excursión por el campo, paseos por la naturaleza			
279	Demstrar mi amor a alguien			
280	Fumar			
281	Cuidar las plantas de la casa y el jardín			
282	Tomar café, té, etc. con amigos			
283	Pasear			
284	Coleccionar cosas			
285	Jugar a paddle, squash, etc.			
286	Coser			
287	Sufrir por una buena causa			
288	Recordar a un ser querido que no está			
289	Trabajar o jugar con los niños			
290	Jugar con arena			
291	Recibir felicitaciones			
292	Que me digan que me quieren			
293	Comer canapés, tablas, brochetas, etc.			
294	Acostarme tarde			
295	Tener familiares o amigos de los que siento orgullo			
296	Estar con mis hijos			
297	Ir a remates, ventas de bodegas, etc.			
298	Pensar en algo interesante			
299	Realizar trabajos voluntarios, servicios comunitarios			
300	Practicar esquí de agua, buceo, surf			
301	Recibir dinero			
302	Defender a alguien, denunciar estafas o abusos			
303	Escuchar una buena conversación o sermón			

Cuestionario de Eventos Placenteros (PES) (cont.)

		1	2	3
304	Llevar a un mochilero			
305	Ganar una competencia			
306	Hacer un nuevo amigo			
307	Conversar de mi trabajo o de estudios			
308	Leer historietas, libros de chistes			
309	Pedir prestado algo			
310	Viajar en grupo			
311	Volver a ver viejas amistades			
312	Enseñar a alguien			
313	Utilizar mi fuerza			
314	Viajar			
315	Ir a fiestas de trabajo o reuniones de equipos de trabajo			
316	Ir a un concierto, ópera o ballet			
317	Jugar con animales			
318	Ir al teatro			
319	Mirar las estrellas o la luna			
320	Ser entrenado, preparado			

HOJA GRIPE-GRIPEA²



Las siglas **GRIPE** (proceso de cierre) provienen de **G**atillante + **R**espuesta + **I**nicio de **P**auta de **E**vitación.

- *Gatillante* se refiere a los sucesos negativos que preceden.
- *Respuesta* significa cómo se siente uno (por ejemplo, «deprimido»).
- *Inicio de Pauta de Evitación* se refiere a la forma de evitar que uno tiene por lo general («quedarse en casa», etcétera).

Se entiende que la pauta de evitación sostiene la respuesta de sentirse deprimido y no le deja hacer frente a los sucesos que la han «gatillado».

Para salir exitoso de este «cierre», la AC propone las siglas **GRIPEA** (proceso de quebrar), que provienen de *Gatillante* + *Respuesta* + *Inicio de Pauta de Enfrentamiento Alternativo*.

El elemento nuevo con respecto a GRIPE es: **EA**

- *Enfrentamiento Alternativo* que señala una nueva pauta de procedimiento que quiebra la pauta de evitación general que uno tiene.

² Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del TRAP-TRAC Sheet (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010) y de la traducción española de la Ficha TRAP-TRAC (Martell, Dimidjian, & Busch, 2013).

BITÁCORA DE ACTIVIDADES NIVEL BASE UN DÍA³

Bitácora de actividades nivel base de un día durante la semana		
Hora	Actividad	Agrado (1-10)
08:00-09:00		
09:00-10:00		
10:00-11:00		
11:00-12:00		
12:00-13:00		
13:00-14:00		
14:00-15:00		
15:00-16:00		
16:00-17:00		
17:00-18:00		
18:00-19:00		
19:00-20:00		
20:00-21:00		
21:00-22:00		
22:00-23:00		
23:00-00:00		
00:00-01:00		

³ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del Behavioral activation activity chart-scheduled activities for... day of the week (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010) y de la traducción española de la Tabla de actividades de la activación conductual-actividades programadas para... un día de la semana (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013).

Bitácora de actividades nivel base un día (cont.)

Bitácora de actividades nivel base de un día del fin de semana		
Hora	Actividad	Agrado (1-10)
08:00-09:00		
09:00-10:00		
10:00-11:00		
11:00-12:00		
12:00-13:00		
13:00-14:00		
14:00-15:00		
15:00-16:00		
16:00-17:00		
17:00-18:00		
18:00-19:00		
19:00-20:00		
20:00-21:00		
21:00-22:00		
22:00-23:00		
23:00-00:00		
00:00-01:00		

BITÁCORA DE ACTIVIDADES NIVEL BASE SEMANAL⁴

Hacer 7 copias, una para cada día de la semana: lunes, martes, etc.

Bitácora de actividades nivel base semanal					
Día _____					
MAÑANA (07:00 – 13:00)					
Actividad	Tiempo	Agrado (1-10)	Sentido de éxito (1-10)	Sentido de experticie (1-10)	Como me sentí
TARDE (14:00 – 18:00)					
Actividad	Tiempo	Agrado (1-10)	Sentido de éxito (1-10)	Sentido de experticie (1-10)	Como me sentí
NOCHE (19:00 – 00:00)					
Actividad	Tiempo	Agrado (1-10)	Sentido de éxito (1-10)	Sentido de experticie (1-10)	Como me sentí

⁴ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del Behavioral activation activity chart/monitoring activity/pleasure/mastery (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010) y de la traducción española de la Tabla de actividades de la activación conductual Monitorización de actividades, emociones, estado anímico, placer y dominio (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013).

HOJA DE ANÁLISIS DE VALORES Y OBJETIVOS (VLQ)⁵

Piense cuáles serían sus valores o intereses en la vida. Luego describa cada uno de los objetivos tomando en cuenta que tienen que estar de acuerdo a sus valores o intereses. Después describa qué tipo de persona quiere ser en cada una de las áreas y la importancia y el agrado que tiene para usted, en una numeración del 1 al 10, donde 1 indica nada importante y/o agradable y 10 muy importante y/o agradable. Finalmente anote las actividades destinadas a conseguir el objetivo que ha indicado y numere lo importantes que son para usted y cuánto le agradan cada una de ellas, en la misma numeración de 1 a 10 que ha utilizado anteriormente.

Comience en la página siguiente. Gracias.

⁵ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del The Valued Living Questionnaire (VLQ) (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2008) en su versión simplificada a cinco bloques de áreas de vida (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011), también traducido al español pero no adaptado al uso lingüístico chileno como Cuestionario de Vida Significativa (VLQ) (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).

Hoja de análisis de valores y objetivos (VLQ)

Área vital 1: Relaciones (familia, amigos, pareja)

Objetivo:	Importancia (1-10)	Agrado (1-10)
¿Qué tipo de persona le gusta ser en esta área?		
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Área vital 2: Formación/Carrera profesional/Trabajo

Objetivo:	Importancia (1-10)	Agrado (1-10)
¿Qué tipo de persona le gusta ser en esta área?		
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Área vital 3: Ocio/Intereses/Actividades que se hacen en el tiempo libre

Objetivo:	Importancia (1-10)	Agrado (1-10)
¿Qué tipo de persona le gusta ser en esta área?		
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Área vital 4: Mente/Cuerpo/Espiritualidad

Objetivo:	Importancia (1-10)	Agrado (1-10)
¿Qué tipo de persona le gusta ser en esta área?		
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

Área vital 5: Obligaciones y responsabilidades diarias

Objetivo:	Importancia (1-10)	Agrado (1-10)
¿Qué tipo de persona le gusta ser en esta área?		
Actividad 1:		
Actividad 2:		
Actividad 3:		
Actividad 4:		
Actividad 5:		

ESCALA DE OBSERVACIÓN DE RECOMPENSA DEL ENTORNO (EROS)⁶

Ordene según usted las siguientes 10 frases considerando el orden que está sobre las frases para elegir su respuesta.

	Nada de acuerdo				completamente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables	1	2	3	4	
2. Este último tiempo me he dado cuenta que las cosas que me pasan me hacen infeliz	1	2	3	4	
3. Casi siempre estoy muy conforme en la forma en que ocupo mi tiempo	1	2	3	4	
4. Me resulta fácil conseguir cosas para disfrutar la vida	1	2	3	4	
5. Otras personas parecen tener vidas más completas	1	2	3	4	
6. Ya no disfruto con las actividades que antes me gustaban	1	2	3	4	
7. Me gustaría conseguir más intereses que me entretengan	1	2	3	4	
8. Estoy contento con mis triunfos	1	2	3	4	
9. Mi vida es fome	1	2	3	4	
10. Las actividades en las que participo casi siempre resultan bien	1	2	3	4	

⁶ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del The Environmental Reinforcement Observation (EROS) (Armento & Hopko, 2007) y de la adaptación española de la Escala de Observación de Recompensa del Entorno (EROS). Conservado el título original en la adaptación (Barraca-Marial & Pérez-Álvarez, 2010).

ÍNDICE DE PROBABILIDAD A LA RECOMPENSA (RPI)⁷

Tomando en cuenta los últimos meses, por favor responda las siguientes preguntas a la vuelta de la página de acuerdo al siguiente orden:

- 1 = No estoy nada de acuerdo
- 2 = No estoy de acuerdo
- 3 = Estoy de acuerdo
- 4 = Estoy completamente de acuerdo

- ___ 1. Tengo muchos intereses que me hacen gozar.
- ___ 2. Tomo las oportunidades que me aparecen.
- ___ 3. Mis acciones generalmente tienen consecuencias negativas.
- ___ 4. Me hago de amigos fácilmente.
- ___ 5. Hay muchas actividades que me resultan satisfactorias o entretenidas.
- ___ 6. Creo ser una persona con muchas capacidades.
- ___ 7. Me pasan cosas que me han sentir inútil o incapaz.
- ___ 8. Tengo un gran sentimiento de triunfo.
- ___ 9. Han ocurrido cambios en mi vida que me han hecho difícil disfrutar de la vida.
- ___ 10. Se me hace fácil encontrar formas de pasar un buen rato.
- ___ 11. Tengo las capacidades para poder disfrutar la vida.
- ___ 12. Tengo poca plata por lo que no puedo hacer lo que quiero.
- ___ 13. He tenido muchos momentos malos.
- ___ 14. Parece que lo malo me persigue.
- ___ 15. Tengo buena entrada con la gente.
- ___ 16. Generalmente las personas me lastiman.
- ___ 17. Las personas me lastiman o me agreden.
- ___ 18. En las pegadas que he tenido me he sentido capaz.
- ___ 19. Me gustaría encontrar una casa para sentirme bien.
- ___ 20. Tengo muchas posibilidades para conversar con la gente.

⁷ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos del The Reward Probability Index (RPI) (Carvahlo, Trent, & Hopko, 2011) y de la traducción española del Índice de Probabilidad a la Recompensa. Conservado el título original en la traducción (Barraca-Marial & Pérez-Álvarez, 2015b; cit. en Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).

CONTRATO CON LOS OTROS IMPORTANTES⁸

Contrato	
<p>Yo, <u>(miembro de la familia)</u> me comprometo en no tener un comportamiento que castigue los comportamientos no deprimidos de <u>(usuario)</u>, como: _____</p> <p>_____, así como tener comportamientos que puedan interferir con el objetivo de <u>(usuario)</u> de llegar a ser más activo/a: _____</p> <p>_____.</p> <p>Quando yo, <u>(miembro de la familia)</u> vea que <u>(usuario)</u> esté poniendo hartito de su parte para ser activo/a, me comprometo a recompensar ese comportamiento a través de: _____</p> <p>_____.</p>	
Firmas	
(nombre) _____	(nombre) _____
Miembro de la familia	Usuario

⁸ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la ficha original Contract (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011) y de la adaptación española del Contrato conductual para ayudar a eliminar conductas depresivas (Barraca-Mairal & Pérez-Álvarez, 2015a).

ESCALA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN (BADS)⁹

Por favor, lea con atención cada frase y marque con un círculo el número que más muestre su situación *durante la semana pasada, incluyendo hoy día*.

		Nada característico en mí					Muy característico en mí							
1.	Me quedé acostado aunque sabía que tenía cosas que hacer	0	1	2	3	4	5	6						
2.	Había cosas que tenía que terminar y no las hice	0	1	2	3	4	5	6						
3.	Estoy feliz con lo que hice y la cantidad de cosas que hice	0	1	2	3	4	5	6						
4.	Me comprometí con una serie de actividades vastas y diferentes	0	1	2	3	4	5	6						
5.	He tomado buenas decisiones sobre las situaciones y actividades en que participé	0	1	2	3	4	5	6						
6.	No me detuve, pero tampoco cumplí con ninguna de las metas que me había propuesto para cada día	0	1	2	3	4	5	6						
7.	Me comprometí y cumplí las metas que me había propuesto	0	1	2	3	4	5	6						
8.	Gran parte de lo que hice fue para evitar lo que me molestaba	0	1	2	3	4	5	6						
9.	Las cosas que hice fueron para evitar emociones negativas como la tristeza	0	1	2	3	4	5	6						
10.	Evité pensar en algunas cosas	0	1	2	3	4	5	6						
11.	Cumplí tareas sin querer hacerlas para lograr mis metas a largo plazo	0	1	2	3	4	5	6						
12.	Cumplí una tarea difícil y agotadora para que valiera la pena	0	1	2	3	4	5	6						
13.	Perdí mi tiempo pensando en mis problemas	0	1	2	3	4	5	6						
14.	Me demoré buscando metodos para resolver problemas pero no puse en práctica nada para solucionarlo	0	1	2	3	4	5	6						
15.	Perdí mucho tiempo pensando en mi pasado, en gente que me hizo daño, en errores que cometí y en lo malo que hice en mi vida	0	1	2	3	4	5	6						
16.	No quise ver a ninguno de mis amigos	0	1	2	3	4	5	6						
17.	Me cerré en mí y me mantuve en silencio, incluso con la gente que más conozco	0	1	2	3	4	5	6						
18.	Me aislé a pesar de las oportunidades que tuve para ser sociable	0	1	2	3	4	5	6						
19.	Alejé/correteé a la gente con mi actitud negativa	0	1	2	3	4	5	6						
20.	Hice cosas para alejarme de la gente	0	1	2	3	4	5	6						
21.	Le saqué la vuelta a las clases o a la pega porque no me sentía bien o no tenía ganas de ir	0	1	2	3	4	5	6						
22.	Mi desempeño en la pega/deberes/obligaciones/responsabilidades flaquearon porque me faltó el ánimo	0	1	2	3	4	5	6						
23.	Ordené mis actividades del día	0	1	2	3	4	5	6						
24.	Me preocupé sólo de las actividades que me distrajeran para no estar mal	0	1	2	3	4	5	6						
25.	Me puse mal cuando los demás hablaban de sentimientos y experiencias negativas	0	1	2	3	4	5	6						

⁹ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de The Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007) y de la adaptación española de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS). Conservado el título original en la adaptación (Barraca-Mairal, Pérez-Álvarez, & Lozano-Bleda, 2011).

GUÍA PARA MANTENERSE ACTIVO¹⁰

Cosas para recordar: ¿Qué te pareció y crees que fue útil en la terapia? ¿Qué fue lo que hizo que te sintieras mejor? ¿Qué cosas crees que son importantes?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

¿Cómo voy a reconocer si me estoy deprimiendo de nuevo? ¿Qué cosas hago que me hacen sentir deprimido?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¹⁰ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la guía original Staying Active Guide (Kanter, Busch, & Rusch, 2009) y de la traducción española de la Guía para permanecer activo (Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

Guía para mantenerse activo (cont.)

Actividades importantes para seguir (dos tipos de actividades: que disfruto e importantes para mí pero que evito hacer):

1.

Obstáculos para hacerlo:

Planificar para superar los obstáculos:

2.

Obstáculos para hacerlo:

Planificar para superar los obstáculos:

3.

Obstáculos para hacerlo:

Planificar para superar los obstáculos:

4.

Obstáculos para hacerlo:

Planificar para superar los obstáculos:

5.

Obstáculos para hacerlo:

Planificar para superar los obstáculos:

Guía para mantenerse activo (cont.)

Piense en el próximo año ¿Qué situaciones (vacaciones, aniversarios, cambios de las estaciones del año, cosas específicas que su pareja y/o hijos pueden o no pueden hacer) pueden ser difíciles de solucionar?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¿Cómo voy a sobrellevar esos acontecimientos y situaciones? ¿Qué cosas específicas haré? (Esta lista podría incluir comunicarse con: amigos, seres queridos y terapeuta para solicitar ayuda si lo requiere).

1. _____





2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

GUÍA DE ANÁLISIS FUNCIONAL¹¹

Guía de Análisis Funcional en la terapia Híbrida			
<p>¿Te acordaste de hacer la actividad?</p> <p>¿Te acordaste en el momento y lugar que correspondía?</p> <p>¿Tenías la actividad escrita en el VLQ, hoja de actividades, agenda, etc...?</p>	<p>Habilidades sociales</p> <p>¿Tuviste que decir “no” o pedir permiso a los demás para hacer la actividad?</p> <p>¿Tuviste dificultades en indagar cómo hacer que las personas te escucharan?</p> <p>¿Sabías qué expresar y cómo decirlo de una forma adecuada?</p>	<p>¿Al hacer la actividad fuiste distraído por otros? y ¿Qué reacción tuvieron?</p> <p>¿Otra(s) persona(s) hicieron la actividad por ti?</p> <p>¿Esta actividad era fome y preferiste no hacerla?</p>	<p>¿Pasaste mucho rato pensando en la actividad pero no la hiciste?</p> <p>Imagina que estás iniciando la actividad: ¿Qué sientes? ¿Cómo te hace sentir el hecho de pensar que estás haciendo la actividad?</p> <p>¿Simplemente evitaste hacer la actividad?</p>
	<p>Habilidades No sociales</p> <p>¿Sabes cómo hacer la actividad de forma adecuada? ¿Habías hecho antes una actividad parecida?</p> <p>¿Crees que hay otras destrezas, experiencias, etc..., otras cosas que necesitarías hacer también?</p>	<p>¿Esta actividad es totalmente fome, algo sin importancia pero tienes que hacerla?</p> <p>¿Te distrajiste haciendo otras cosas más fáciles y agradables como ver la tele?</p>	<p>¿Estabas muy cansado o sin energía ni ganas para empezar a hacer la actividad?</p> <p>¿Sentiste que la actividad no la podías hacer o que era una actividad demasiado sencilla para alguien de tu edad?</p>
<p>¿Trataste de usar alguna forma para recordar la actividad?</p> <p>¿Crees que eso te hubiera servido?</p>	<p>Solución de problemas</p> <p>¿La dificultad fue acomodar la actividad dentro de tu semana? o ¿simplemente estuviste ocupado y no alcanzaste a hacerla?</p> <p>¿Tuviste otras dificultades que no fueron previstas?, ¿tuviste dificultades en crear algo para solucionar esas dificultades?</p>	<p>¿Obtuviste algo bueno de no hacer la actividad?</p>	<p>¿Sentiste que no podía hacer la actividad por usted mismo?</p> <p>¿Te sentiste agobiado en la actividad o no tenías fe de que al hacerla podría ayudarte?</p>
<p>ANTECEDENTES</p> <p>Fallo</p> <p>Olvido</p>	<p>CONDUCTA</p> <p>Fallo</p> <p>Déficit Habilidades</p>	<p>CONSECUENCIAS</p> <p>Fallo</p> <p>Públicas</p> <p>(externas)</p>	<p>CONSECUENCIAS</p> <p>Fallo</p> <p>Privadas</p> <p>(de uno mismo)</p>
			
Control estímulos	Entrenamiento Habilidades	Gestión contingencia	Procedimientos Focalización Evitación

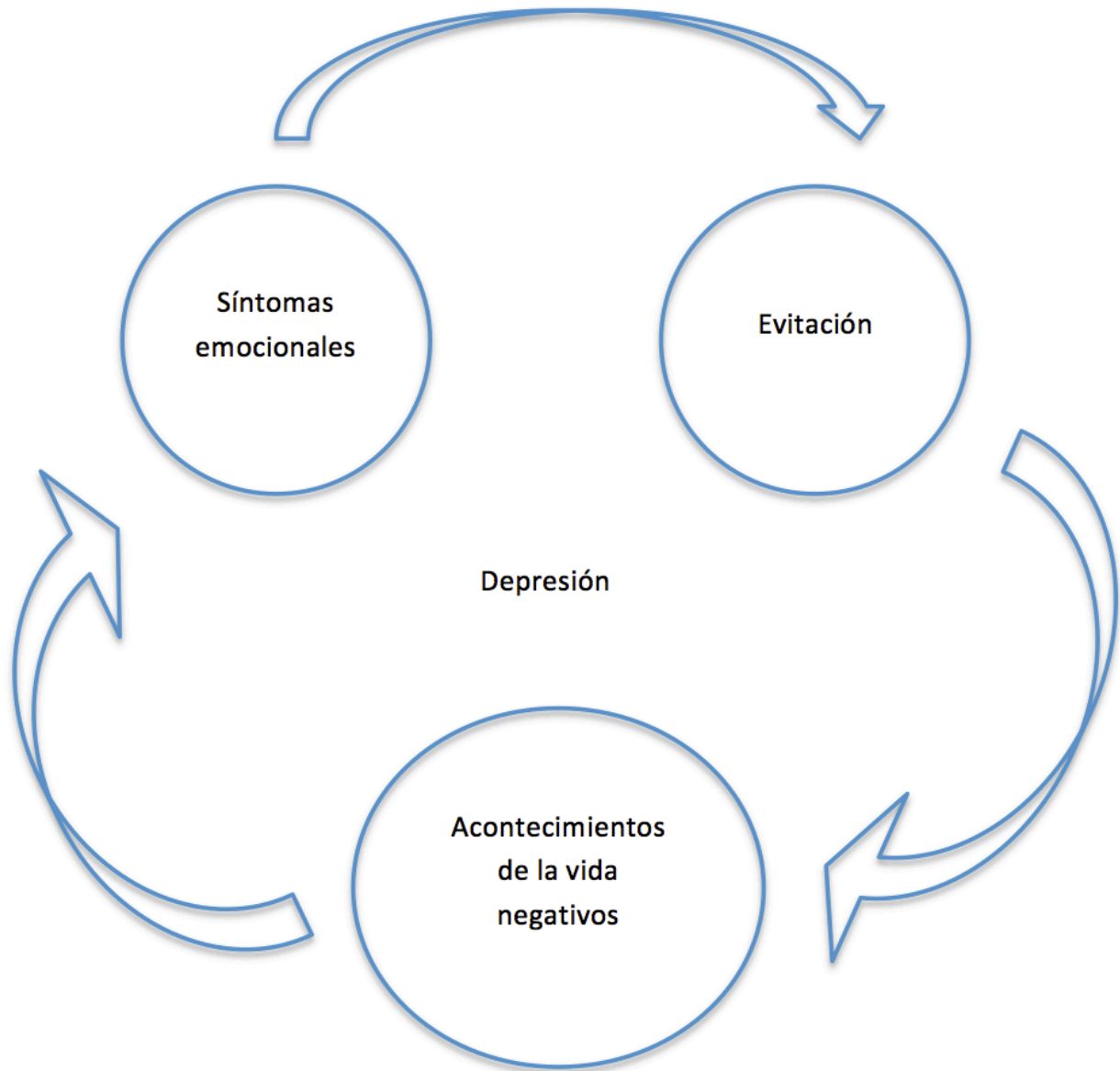
¹¹ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la guía original Functional Assessment Guide (Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

HOJA DE ACTIVACIÓN PARA GUIAR LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS¹²

Actividad	Complejidad que cree que tendrá la actividad (1-10)	qué/quién/dónde/cuándo q/q/d/c	Se completó la actividad o no	Complejidad real al hacer la actividad (1-10)

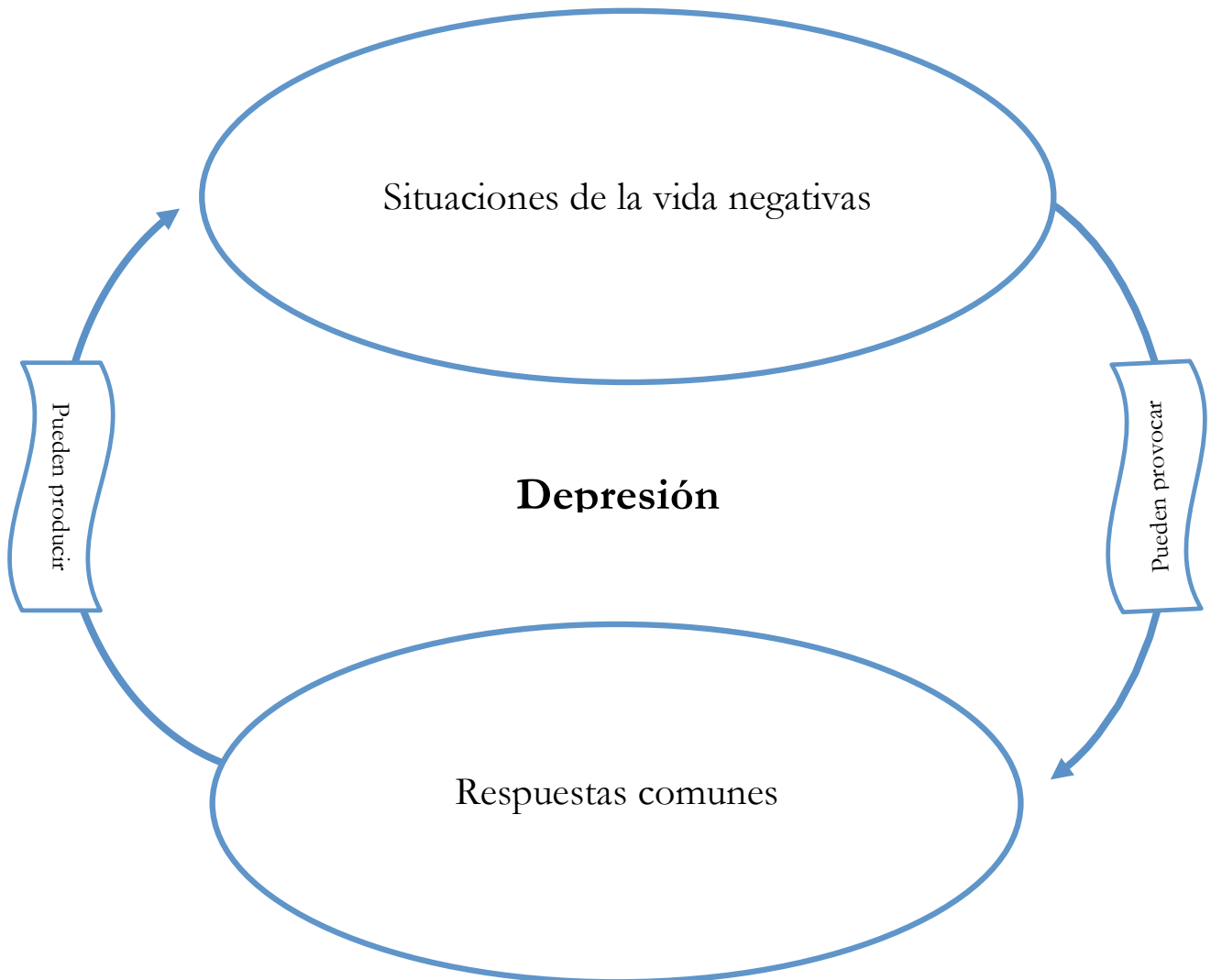
¹² Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de las fichas originales Activity hierarchy sheet y Homework activation sheet (Kanter, Busch, & Rusch, 2009) y de la traducción española de la Hoja de jerarquía de actividad y de la Hoja de tareas de activación de BA respectivamente (Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

MODELO DE LOS TRES CÍRCULOS¹³



¹³ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la ficha original Three circles diagram (Kanter, Busch, & Rusch, 2009) y de la traducción española del Diagrama de los tres círculos (Kanter, Busch, & Rusch, 2011).

MODELO DE LOS DOS CÍRCULOS DE LA DEPRESIÓN¹⁴



¹⁴ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la ficha original Two circles model (Kanter, Busch, Weeks, & Landes, 2008).

HOJA DE EVALUACIÓN DE FINALIZACIÓN DE ACTIVIDADES¹⁵

Características de la actividad

1. ¿Qué clase de actividad es?
 - a) Actividad (A) = A la persona se le solicita participar en la actividad una sola vez
 - b) Repetición de la actividad (RA) = A la persona se le solicita participar en la misma actividad varias veces
 - c) Actividad unida a otra (AUO) = A la persona se le solicita participar en la actividad sólo cuando ocurra otra situación (por ejemplo, si la pareja hace algo que a la persona le molesta, se pide a la persona que manteniendo la calma vuelva a retomar el tema)
 - d) Auto-observación (A-O) = A la persona se le solicita observar y anotar las emociones que sintió durante la actividad
 - e) Actividad de restricción o privación (AR) = A la persona se le solicita no realizar la actividad (por ejemplo, se le prohíbe tomar alcohol) o realizar una actividad sólo un número restringido de veces (por ejemplo, sólo salir de carrete 2 veces por semana)

2. ¿En qué área de importancia fue la actividad?
 - a) Social
 - b) Familiar / amorosa / amistades importantes
 - c) Trabajo / estudios
 - d) Deporte (incluye cualquier actividad deportiva, por ejemplo caminar, sacar al perro a caminar)
 - e) Otras actividades de salud (por ejemplo: la alimentación, el control de la diabetes, ir a horas médicas, también incluye actividades de relajación y meditación)
 - f) Hogar / planificación (por ejemplo: pagar cuentas, aseo de la casa, hacer calendario de tareas para la familia, hacer lista de gastos generales de la casa)
 - g) Otras, en general

3. ¿Cuánto se podría medir la actividad?
 - a) Total = indica claramente el tiempo, la distancia, la cantidad o la frecuencia
 - b) Una parte = se conoce cuando se realiza la actividad pero sería difícil saber hasta dónde se puede medir
 - c) Sin medida = No se sabe cuánto se puede medir la actividad: no se sabe si incluye el tiempo, distancia, cantidad, frecuencia.

Finalización de la actividad

1. ¿Cuál de estas alternativas representa el grado en el que la persona ha finalizado la actividad?
 - a) Actividad totalmente finalizada
 - b) Una parte de la actividad terminada
 - c) Hizo un intento o un esfuerzo por comenzar la actividad
 - d) No hizo ningún esfuerzo por comenzar la actividad

2. ¿Qué porcentaje de la actividad ha hecho la persona?

¹⁵ Adaptación a los usos lingüísticos y contexto cultural chilenos de la ficha original Observed-based BA homework completion measure (Busch, Uebelacker, Kalibatseva, & Miller, 2010).