

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL, COMPUESTO POR:
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y
RESOLUCION DE PROBLEMAS EN LA RESPUESTA EMOCIONAL DE UNA MUJER DE 53
AÑOS QUE PRESENTA UNA PÉRDIDA AFECTIVA RECIENTE

Fany del Carmen Guerrero Burbano

Diana Carolina Hernández Forero¹

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Facultad de psicología

ESPECIALIZACION COMPORTAMENTAL COGNOSCITIVA

Bogotá, Colombia

Febrero 2013

¹Directora del trabajo de grado

Tabla de Contenido

Introducción.....	12
Revisión Bibliográfica.....	16
<i>Modelos Explicativos de la Depresión</i>	16
<i>Regulación Emocional</i>	25
<i>Tratamientos de la depresión</i>	26
<i>Terapia de activación conductual</i>	27
<i>Técnicas de intervención para la depresión</i>	31
Definición del Problema	34
<i>Descripción del Problema</i>	34
<i>Evaluación Diacrónica</i>	35
<i>Evaluación Sincrónica</i>	37
<i>Dominios</i>	38
Motivo de Consulta	39
Formulación de Caso.....	40
<i>Formulación de Hipótesis</i>	40
Unidad de Análisis.....	43
Hipótesis Explicativa.....	43
Pregunta de Investigación.....	44
Objetivos.....	45
<i>Objetivo General</i>	45
<i>Objetivos Específicos</i>	45

	10
Método.....	46
<i>Participante</i>	46
<i>Diseño</i>	46
Variables	47
<i>Variables Dependientes</i>	47
<i>Variable Independiente</i>	47
Instrumentos	48
Procedimiento	50
<i>Fase de evaluación</i>	50
<i>Fase de intervención</i>	51
Descripción sesión a sesión.....	53
Resultados.....	57
Discusión	62
Referencias Bibliográficas.....	65
Anexos	76
<i>Anexo A</i>	77
<i>Anexo B</i>	78
<i>Anexo C</i>	79
<i>Anexo D</i>	81
<i>Anexo E</i>	83

Lista de Figuras

Figura 1	58
Figura 2	60
Figura 3	61

Introducción

Acorde con los últimos estudios de Salud Mental (OMS, 2012), se puede precisar que la depresión es una enfermedad significativa que afecta de manera global a todas las poblaciones del mundo entero. Así mismo se puede decir que es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. En la actualidad se prevé que más de 350 millones de personas se encuentran afectadas por esta problemática. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países halló que en promedio 1 de cada 20 personas señaló haber presentado un episodio depresivo en el año anterior. Estos trastornos a menudo se inician en edades tempranas reduciendo sus actividades y volviéndose más demandantes. Por ello se cree que la depresión está en uno de los primeros lugares de las enfermedades incapacitantes al igual que otras enfermedades mentales que cada día van incrementando las cifras a nivel mundial (Álvarez, 2012)

Es así como según el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) la depresión afecta aproximadamente a 121 millones de personas y solamente el 25% ha tenido un tratamiento efectivo, así mismo, expone que de cinco personas una puede desarrollar un cuadro depresivo en su vida. Según este mismo estudio, la OMS presume que para el año 2020 este trastorno puede ser la segunda causa más común de discapacidad incrementándose el número de personas con depresión, y para el 2030 será la principal causa de enfermedad mental (OMS, 2008; Morí y Caballero, 2010).

En países latinoamericanos como el caso de Perú, donde se realizó un estudio epidemiológico sobre los episodios depresivos en el 2002, en los diferentes estados como:

Huaraz, Ayacucho y Cajamarca, tomando una muestra de 3.014 pacientes con trastorno depresivo mayor, logrando demostrar que los estados depresivos pueden afectar a toda la población en general a una edad promedio de 35 años. Morí y Caballero (2010), comprobaron que la depresión se ha ido incrementando al igual que la discapacidad funcional y la comorbilidad con otras problemáticas. Este estudio demuestra que en la población cerca del 8% al 10% de mujeres y del 3% a 5% de hombres han presentado un estado depresivo.

De acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia encontraron que 3 de cada 20 personas encuestadas y 1 de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días correspondientes. Las características de trastornos más frecuentes fueron la ansiedad con un 19.3%, seguidos por los del estado de ánimo 15% y los de uso de sustancias 10.6%. Así mismo el estudio señaló que sólo 1 de cada 10 personas con un trastorno mental recibió vigilancia psiquiátrica, y el 15% de los colombianos aún presenta depresión. Es así como se puede afirmar que los trastornos mentales son una prioridad de atención de salud pública (Ministerio de Protección Social 2003).

Posteriormente, en un estudio nacional sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizado por la universidad Javeriana (Gómez, et al, 2004), en el cual usaron la escala de Zung con 25,135 personas para determinar la presencia de sintomatología depresiva, mostraron que el 11,8% de la población ha presentado depresión leve y el 4% depresión moderada o grave. Según este estudio hay una elevada prevalencia del estado depresivo, con un predominio en el género femenino, comórbido con estados de ansiedad, intento de suicidio, problemáticas familiares, problemas económicos, dificultades en la salud y poca satisfacción en logros alcanzados (Gómez et. al, 2004).

En esta misma línea, Gómez et al. (2004), reportan que en un hospital de primer nivel en Bogotá en el año 1995, con una muestra de 1,376, se encontró que el 72,6% de las personas depresivas se encontraban solas, eran menores consumidores de marihuana o bazuco y presentaban conflictos familiares (Gómez et al, 2004). Así mismo, este estudio no solamente se determinó el diagnóstico sino que también tuvo en cuenta los síntomas como indicadores de los trastornos de salud mental que pueden perdurar constantemente en una persona cuando no ha recibido tratamiento oportuno.

Autores como Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor (2005), conceptualizan la depresión como un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de desamparo y abatimiento, que puede presentarse temporalmente o de manera persistente, manifestado con desinterés frente al desarrollo de actividades cotidianas y un negativismo hacia sí mismo, el mundo y el futuro. Igualmente, refieren como en el desarrollo de estas alteraciones del afecto, interactúan diferentes condiciones biológicas, fisiológicas y funcionales de una persona, las cuales son adquiridas en una historia de aprendizaje.

Particularmente, Yáñez, Galicio y Jaime (2005) refieren que ciertas condiciones biológicas como los cambios hormonales, embarazo, climaterio, entre otros, así como ciertas condiciones sociales que enfrenta la mujer, hacen que la mujer se vuelva más vulnerable frente a la presentación de alteraciones en el estado de ánimo en algún momento de la vida.

Considerando estas conceptualizaciones, este estudio de caso es objeto de interés debido a que la depresión es actualmente una problemática de salud pública de gran relevancia. A nivel mundial la incidencia del trastorno de depresión se ha ido incrementando en el curso de los

últimos tiempos, encontrándose cada vez más personas afectadas por esta problemática; los últimos estudios muestran que el 25% de las personas presentan un estado depresivo en algún momento de su vida, 10% asisten a consultas de medicina externa y el 50% acuden a procesos psicoterapéuticos (Valladares, 2009), de esta manera, es reconocido que las alteraciones del ánimo y los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia (Londoño, et al., 2010).

En este contexto y partiendo de la importancia de establecer programas efectivos para el abordaje de este tipo de problemáticas, se desarrolla este estudio investigativo con el objetivo de determinar el efecto de un programa de intervención del modelo cognitivo conductual en una mujer de 53 años que presenta sintomatología depresiva, con un elemento significativo y es que en esta consultante se presenta esta sintomatología desde hace mucho tiempo, ha pasado por numeroso procesos terapéuticos y sin embargo, continúa reportando las mismas dificultades.

El propósito de esta intervención es determinar los métodos y estrategias que faciliten al psicólogo clínico un mejor abordaje de las dificultades que evidencia esta consultante para así disminuir su malestar y ayudar a la modificación de comportamientos, proporcionándole un ajuste adecuado frente a su contexto (Yáñez, Galicio y Jaime, 2005).

Para el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los diseños de métodos experimentales de caso único; establecidos mediante medidas continuas y directas, repetidas para la comprensión de los datos estadísticos recolectados durante la evaluación. Fue una intervención de tipo intrasujeto² e ideográfica, apropiada a las características del comportamiento de una persona con depresión, según lo expuesto por Barlow y Hersen (1989),

²Intrasujeto: un solo sujeto (Barlow y Hersen, 1989)

perspectiva que favorece la exploración cuidadosa de las respuestas que pudo dar la consultante durante un tiempo determinado.

Así, la intención de este estudio va acorde con el proceso de formulación y las características que presentaba la consultante, procurando contribuir al conocimiento que permita la comprensión de los estados depresivos, así como fomentar el desarrollo de otras investigaciones que exploren sobre los estados depresivos y su tratamiento en la población femenina colombiana.

Revisión Bibliográfica

Acorde con la problemática reportada para este estudio de caso, se presenta una revisión teórica y empírica de los modelos explicativos de la depresión y las diferentes propuestas terapéuticas para su intervención.

Modelos Explicativos de la Depresión

En primer lugar, es importante considerar que la depresión es entendida como una alteración en el estado del ánimo que genera un impacto negativo e interfiere en el funcionamiento de la persona en los diferentes espacios en que se desenvuelve (Pérez, 2007; Korman y Sarudiansky, 2011).

Particularmente, Pérez (2007) lo describe como un estado emocional que afecta la calidad de vida de la persona al presentarse una sensación de abatimiento, desasosiego, irritabilidad, incapacidad para responder a los requerimientos de la vida y decremento de la voluntad para realizar diversas actividades. Lapadjian y Patpatian (2008), la consideran una alteración patológica del estado de ánimo de enorme proporción por su periodicidad, y múltiples características de severidad, donde la persona experimenta sentimientos de degradación propia y del mundo que lo rodea, detrimento de interés y placer por las actividades cotidianas de la vida, desesperanza, tristeza entre otros, afectando directamente su funcionalidad.

Vásquez, Muñoz y Becoña (2000) retoman la clasificación realizada en el CIE 10 en el cual reportan que una persona que puede ser diagnosticada con un cuadro depresivo presenta síntomas como: disminución de la atención y la concentración, alteración en la pérdida de confianza en sí mismo, baja autoestima, ideas de culpabilidad, perspectiva sombría del futuro, alteración en el sueño, pérdida de apetito, dificultad en la toma de decisiones y la solución de problemas, además de la dificultad para llevar a cabo su actividad social. Estos síntomas deben presentarse por mínimo 2 semanas y presentan alteraciones o cambios según las características particulares de la persona.

En esta medida, Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), sugieren que se realice la evaluación de estos síntomas considerando la frecuencia, intensidad y duración, así como la comorbilidad con otras patologías, determinando principalmente el impacto que tienen sobre el funcionamiento de la persona en sus diferentes espacios de interacción.

Entre los diferentes modelos explicativos de la depresión encontramos pertinente la revisión del modelo conductual propuesto inicialmente por Fester (1973) quien expone que el estado depresivo es una respuesta consecuente a la disminución en la presentación de refuerzos contingentes ante la conducta de un organismo, disminuyendo la probabilidad en la presentación de conductas adaptativas para el medio en el cual se desenvuelve; paralelo a esta dinámica se incrementan las conductas de evitación ante estímulos aversivos (Peñate y Perestelo, 2004).

Fester (1973) expone la presencia de cuatro procesos en el mantenimiento de la conducta depresiva y son los siguientes: a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos, que implican una pérdida de refuerzos, b) Programas de refuerzo de alto costo, a partir de los cuales la persona debe esforzarse en la emisión de la conducta para poder conseguir una consecuencia del medio, c) espirales patológicas, una baja tasa de refuerzos positivos, decreta la presentación de la conducta que a su vez genera un desajuste en el adecuado funcionamiento en el medio ambiente de la persona, facilitando la presencia de aversivos o ausencia de refuerzos positivos, y d) repertorios inadecuados en la selección de conductas apropiadas a las características del contexto (Barraca, 2010).

Por ejemplo el modelo Costello (1972), señala que una de las características destacadas de los depresivos es la “pérdida de interés” por las cosas y la deficiencia de reforzadores, son causales de depresión en las personas. Igualmente expone dos posibles factores desencadenantes de la depresión: a) cambios endógenos, bioquímicos y neurofisiológicos, y b) pérdida de uno o varios estímulos constituidos a través del vínculo comportamental. Concluye afirmando que la pérdida y la baja efectividad de reforzadores contribuyen a la presencia de estados depresivos.

En esta misma línea Lewinsohn expone que los estados depresivos son una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos que generan una valoración negativa de sí mismo que es una construcción social denominada como “baja autoestima” y “desesperanza” consecuentes con la falta de actividad que presenta el organismo. Puntualiza que los factores que participan en el desencadenamiento de un estado depresivo son: un ambiente que no proporciona un refuerzo contingente a la conducta, b) un repertorio en habilidades sociales deficiente que no permite un adecuado desempeño que a su vez permita la obtención de refuerzo y c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles en el ambiente (Barraca, 2010).

Lewinsohn (1974) plantea un elemento fundamental frente al mantenimiento de la conducta depresiva al exponer dos procesos en el contexto social, a corto plazo el medio puede ofrecer refuerzo ante la respuesta depresiva a través de comprensión, empatía, validación, apoyo, aprobación, sin embargo a largo plazo puede ofrecer castigo ante este comportamiento que en muchas oportunidad se evidencia en rechazo, distanciamiento o la limitación en el contacto (Barraca, 2010).

Relacionado con los factores que pueden desencadenar un estado emocional negativo Pineda (2005) y Peñafiel (2011), hacen referencia a situaciones asociadas a la pérdida de seres queridos, la ruptura de pareja así como situaciones que generen un alto nivel de malestar emocional que en otros modelos pueden ser identificados como “eventos traumáticos”, es importante considerar que estas situaciones pueden ser desencadenantes por el impacto afectivo que tiene para la persona pero principalmente por la implicación en la recepción de reforzadores del medio, por ejemplo, en la pérdida de una pareja, no solo se enfrenta a la interrupción en el refuerzo afectivo que era proporcionado por la pareja sino que conjuntamente se limitan otras

actividades en contextos sociales familiares, que limitan el acceso a los reforzadores (Barraca, 2010).

Frente al desarrollo de la depresión Lewinsohn (1974) expuso tres hipótesis generales: a) una diferencia entre las personas que presentan depresión y aquellos que no la presentan es que la persona que tiene una sintomatología depresiva recibe una menor cantidad de reforzadores de manera contingente, esto quiere decir que la persona depresiva puede carecer de refuerzos en su cotidianidad o estos presentarse de manera no contingente; b) la iniciación del estado depresivo se correlaciona con la reducción de los reforzadores positivos que se presenten de manera contingente, y c) la intensidad del estado depresivo es inversamente proporcional al número de reforzadores positivos contingentes, en tanto cuando la persona se encuentra más deprimida tiene menos acceso a refuerzos positivos y en la medida en que estos se presenten en su ambiente puede reducir la intensidad de la depresión (Barraca, 2010).

Para el estudio de la depresión Lewinsohn (1974) propone cinco aspectos fundamentales (Barraca, 2010):

1) Tasa de actividades: Hace referencia al número de actividades que realiza la persona en un tiempo determinado, este aspecto lo consideró importante ya que en su investigación encontró que las personas con un estado depresivo realizaban en promedio la mitad de las actividades sociales realizadas por personas no deprimidas.

2) Respuestas positivas ante otros: Corresponde a los comportamientos emitidos por las personas frente al comportamiento social de otro, Lewinsohn (1974) encontró que las personas

en un estado depresivo presentan menos comportamientos reforzantes frente a la conducta de otro en un contexto social determinado, que personas no deprimidas (Barraca, 2010).

3) Frecuencia en interacciones sociales: Relacionado con el número de encuentros y/o interacciones que tuvo la persona con otros, acorde con el planteamiento del autor, los depresivos interactúan con un número menor de personas que los no depresivos (Barraca, 2010).

4) Latencia de la respuesta: Definido como el periodo de tiempo transcurrido entre la emisión de un comportamiento y la presentación de la respuesta de otro, frente a este aspecto plantea que las personas en un estado depresivo muestran lapsos de tiempo más largos para reaccionar a su interlocutor que los no depresivos (Barraca, 2010).

5) Eficiencia interpersonal: Caracterizado como la capacidad para generar respuestas en otras personas, se encuentra como una característica importante dado el componente relacional, sin embargo, el autor no expone hallazgos frente a la diferencia entre personas con un estado depresivo (Barraca, 2010).

Dentro de las teorías conductuales de la depresión, una conceptualización importante es la realizada por Seligman en 1967 con la indefensión aprendida, formulada a partir de estudios experimentales con animales, en la cual expresa que cuando un organismo se enfrenta en múltiples oportunidades a eventos aversivos o en su ejecución se denota fracaso en múltiples ocasiones, la percepción de no lograr emitir un comportamiento efectivo para el manejo de su contexto inhibe la respuesta del organismo y decrementa sus acciones, llevándolo a una condición denominada “desesperanza” relacionada con la percepción de no poder actuar sobre el

medio, apareciendo sentimientos de inseguridad, pesimismo, tristeza y pasividad (Sanz y Vázquez, 1995; Muñoz y Ferrándiz, 2004) .

Muñoz y Ferrándiz (2004) exponen tres criterios importantes para comprender la dinámica de la indefensión aprendida, en primer lugar el organismo actúa de manera pasiva y generalizada que lo lleva a tener acciones inadecuadas, en segundo lugar disminuye la ejecución de comportamientos que podrían ser eficaces para solucionar una situación problemática y en los cuales en otras oportunidades pudo haber sido exitoso, y en tercer lugar, el organismo no logra realizar una asociación exitosa entre su conducta y las consecuencias presentadas a la misma generándose una sensación de incontrolabilidad.

El estado de indefensión afecta al organismo en tres niveles distintos: a nivel motivacional, disminuyen comportamientos orientados hacia generar un cambio y/o efecto en el contexto, a nivel de aprendizaje, se dificulta el establecimiento de relaciones contingentes entre el comportamiento y las consecuencias, de tal manera que la persona no hace evidente la relación entre su comportamiento y las consecuencias, limitándose la posibilidad de adquirir nuevos repertorios adecuados, y en tercer lugar el nivel afectivo, se presenta una asociación entre la respuesta emocional intensa y los estímulos discriminativos del contexto, en tanto la presencia de éstos evocan la respuesta sin presentarse una acción en el organismo frente a las situaciones pero si la evocación de emociones que generan un alto nivel de malestar y en términos del autor disminuye la energía del organismo enfocada hacia la acción productiva, es cuando se puede hacer referencia a alteraciones emocionales como la depresión (Mikulinzer, 1994; Vinaccia y cols., 2005; Muñoz y Ferrándiz, 2004).

De esta manera se encuentra que en la teoría de Seligman (1968;1977) un concepto fundamental es el control, entendido como la capacidad que puede tener un organismo para predecir los efectos de su comportamiento en el ambiente y en esa medida puede regularse a partir de los mismos, cuando hablamos de la indefensión es cuando un organismo se enfrenta a sucesos incontrolables en los cuales el suceso no se va a modificar a partir de las acciones del organismo en tanto no existe una correspondencia entre su comportamiento y los resultados obtenidos, generándose una condición de incontrolabilidad (Muñoz y Ferrándiz, 2004).

Otros modelos teóricos que pueden aportar a la comprensión de los trastornos del afecto como la depresión son:

Teoría biológica de la depresión: Se encuentra que uno de los factores que intervienen en la alteración del estado afectivo son las condiciones biológicas, las cuales aunque hasta la fecha no han sido corroboradas de manera definitiva si se reconoce su participación en la dinámica de la alteración afectiva, ya que, ciertas alteraciones pueden hacer vulnerable a la persona para presentar el problema (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Entre las alteraciones biológicas más comunes se encuentran:

Bioquímicas: Cuando se presenta déficit en la concentración de noradrenalina, serotonina y dopamina, nuevos estudios han evidenciado la asociación del Ácido Aminobutírico –GABA- y la acetilcolina con la presencia de estados depresivos (Vázquez. Muñoz y Becoña, 2000).

Neuroendocrinos: Disfunción del hipotálamo, incremento en la producción de cortisol, función tiroidea y/o disminución de la producción de la hormona de crecimiento (GH) que se produce durante el sueño (Vásquez. Muñoz y Becoña, 2000).

La depresión puede originarse por la alteración de alguno de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento rápido cortical de la información (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Modelo Rehm (1977), este modelo está asentado en el aprendizaje social, busca la integralidad de los modelos de Lewinsohn, Beck y Seligman en el marco de una adaptación del modelo de autocontrol de Kanter (1970), señala la diátesis estrés: factor de vulnerabilidad que interactúa con el detrimento o ausencia de reforzadores externos, y a) conductas de auto observación preferencia a prestar atención a acontecimientos perjudiciales que a hechos positivos, demanda resultados inmediatos que a las de largo plazo, b) conductas de autoevaluación atribución externa y general para hechos perjudiciales, débiles y específica para hechos positivos, c) conducta de auto reforzamiento, la persona deprimida se provee de castigos y escasas recompensas, debido a las carencias de las dos conductas anteriores (Caballo, 2006).

Este modelo social conceptúa que el origen de la depresión se ha considerado de manera errónea a los procesos de influjo que pueda presentar la persona. Algunos de los componentes se pueden considerar como factores estresores, la carencia de habilidades de ajuste, el apoyo social, el desequilibrio y la autoestima como indicadores de la posición social de las personas, por tanto, determinantes de la inestabilidad observada en los niveles de depresión. El estrés puede ser

definido como el conjunto de demandas sociales y presiones del medio que sobrepasan la capacidad del individuo para ajustarse a las mismas. Dichas exigencias establecidas circunscriben la capacidad de acción y presumen una amenaza al equilibrio del organismo (Wheaton 1996).

Son nutridos los saberes que colocan de manifiesto la relación entre los eventos transcendentales estresantes y la depresión. En este sentido la mayoría de sucesos estresantes provocan afectaciones personales o sociales que si bien es cierto su impacto por lo general es negativo y se verá afectado el estado psicológico de las personas. Sin duda, depende de la valoración que la persona haga de su entorno, sino también de los recursos de ajuste de los que pueda disponer (Álvaro, Garrido y Schweiger, 2008).

Regulación Emocional

La regulación emocional es un factor importante para ser valorado en un trastorno de tipo afectivo, como la depresión, es el repertorio que nos permite conocer cómo identifica, nomina, expresa y regula sus emociones una persona.

En un estudio realizado por Taylor, Bagby y Parker, (1997) con pacientes depresivos, identificaron que presentan dificultad en la valoración de emociones negativas y positivas, en tanto el problema no solo se remite a la sensación de tristeza sino a la dificultad para sentir emociones positivas como “sentirse amado por otros” (Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto, 2005).

Acorde con el planteamiento de Silva (2003) las personas depresivas inhiben su respuesta emocional, es decir la expresión de la emoción que experimentan ante una situación en particular, lo cual no permite la experiencia positiva ante una fuente determinada.

Acorde con la teoría de Staats, existen tres repertorios esenciales en una persona: los lingüístico-cognitivos, (categorización conductual); los emocionales- motivacionales, (la emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada) y los sensoriales-motores, (funcionamiento adecuado del cerebro y el cuerpo). Rondón (2007) señala que la emoción es un medio constituido por respuestas, su característica esencial es la de ser emergente en la relación interpersonal, esto quiere decir que existe el establecimiento, mantenimiento o rompimiento de las relaciones entre una persona y el ambiente, cuando dichas relaciones son significativas para el sujeto. Así mismo la regulación emocional: es una habilidad que sirve para modular el afecto amparado por normas definidas social y culturalmente. La regulación emocional como los procesos intrínsecos y extrínsecos garantes de ajustar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y tiempo (Rondón, 2007).

Tratamientos de la depresión

El tratamiento de la depresión desde una perspectiva conductual se caracteriza principalmente por utilizar un método científico más que una conjetura específica o un conjunto de técnicas. Por lo general los tratamientos conductuales en pacientes depresivos tienden a confiar en hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes

presentes de la conducta siendo el hilo conductor la hipótesis de mantenimiento (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Las estrategias conductuales se utilizan para modificar los patrones poco adaptativos de conducta permitiendo a la persona tener interacciones positivas que le faciliten una retroalimentación favorable del contexto (García, 2008).

Terapia de activación conductual

Entre las estrategias de intervención desde un modelo conductual se encuentra la *Terapia de activación conductual (AC)*, en la cual se han encontrado excelentes resultados comparados con otro tipo de terapias para el manejo de la depresión como son la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico (Barraca, 2009).

Por ejemplo Dimijan y cols. (2006) quisieron demostrar la combinación de AC con modelos biológicos de medicación y terapia cognitiva; trabajaron con una población adulta cuyo tratamiento era la medicación y observaron que los pacientes que recibieron Terapia cognitiva fueron menos propensos a tener recaídas a diferencia de los pacientes que solo recibieron medicación; pero la significancia fue menor al confrontar los efectos de AC y la Terapia cognitiva. Estos hallazgos insinúan que los efectos de la AC pueden mantenerse en el tiempo y son más efectivos.

Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009), para demostrar la efectividad del AC en estudiantes universitarios que presentaron depresión trabajaron con 30 estudiantes y contrastaron los resultados con un grupo control al que no le aplicaron ningún tratamiento, al final del tratamiento encontraron que el grupo experimental tuvo una reducción significativamente mayor en las medidas de depresión y aumento de recompensa del ambiente que el grupo control. Los hallazgos encontrados por investigadores mostraron que los aportes de la AC en el medio universitario son muy positivos dado que se trata de una terapia sencilla que se ajusta al tiempo y la demanda económica.

Los estudios de caso demuestran la eficacia de este tratamiento en varias poblaciones, por ejemplo con sujetos latinos, (Santiago-Rivera, Kanter, Benson, Derosé, Illes y Reyes, 2008), y en comorbilidad con obesidad (Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki y Spates, 2008). Igualmente, se ha demostrado su eficacia en una modalidad de aplicación grupal (Porter, Spates y Smitham, 2004) y en pacientes con depresión severa medicados y no medicados (Barraca, 2009).

Es así como en una investigación realizada con pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), lo cual es un escenario de gran impacto psicológico para el paciente y la familia; Se pudo observar el detrimento de la calidad de vida con respecto a su salud. El estudio consistió en aumentar la duración de tres comportamientos afectados de manera ocasional con la ERCT. El estudio se realizó con tres pacientes que decidieron participar voluntariamente en el programa de AC enfocado en tres de los comportamientos cómo fueron: ejercitación física, actividad recreativa y percepción de satisfacción. Este estudio se desarrolló en su primer año de terapia (hemodiálisis), demostrando así un incremento y mantenimiento de dos de los comportamientos conseguidos que fueron: el ejercicio físico, la recreación, la terapia durante el

proceso de evaluación e intervención, los pacientes lograron obtener refuerzo disponible y esto facilitó la modificación del comportamiento esperado (Acuña, Hernández, 2011).

En otra investigación realizada con la terapia de activación conductual a nivel individual durante 10 semanas, se vinculó a 10 pacientes con fármacos y otros sin ellos, obteniéndose como efecto que la terapia de AC, disminuyó considerablemente los comportamientos depresivos e igualmente alcanzando su mejoría y a su vez se pudo determinar que el diagnóstico que traía en sus inicios que era el trastorno depresivo mayor cambio durante los tres meses de investigación, a decir verdad el tratamiento no pudo ser originado con el uso de fármacos. Se demostró que la terapia AC es tan eficaz que la misma terapia cognitivo conductual, ya que el tratamiento se realiza en un tiempo más corto con una alta eficiencia. (Cullen, Spates, Pagoto, y Doran, 2006).

Ahora bien nos referimos a otra investigación realizada con 26 pacientes con cáncer que participaron en dos experimentos, uno con la activación conductual y el otro con la terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo consistió en valorar la periodicidad de respuestas de comportamientos sanos, la proporción de estos elementos de tratamiento; la agrupación de aspectos clínicos, estadísticos y la relación de respuesta a la intervención, y el mantenimiento de los logros posterior a tres meses de investigación. En esta muestra se indicó que el 50% de los pacientes deprimidos con cáncer asistidos mediante la intervención de Activación Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual, comprobaron un incremento inesperado en los comportamientos sanos. Estas hipótesis son reconfortantes e indican que la orientación de la conducta de activación es más ágil y ahorrativa, adecuada y completa como los tratamientos cognitivo conductuales logrando grandes resultados (Derek, Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003)

Kanter, Callaghan, Landes, Busch, y Brown (2004) en otra investigación señalan como un elemento fundamental de la terapia de activación conductual la evaluación ideográfica práctica para determinar las intervenciones y la aplicación en vivo, identificándose además un mayor cuidado en las relaciones interpersonales y la concordancia terapéutica.

El objetivo de AC es incrementar las actividades agradables de dominio y placer que la persona ha disminuido, incrementando la frecuencia de ocurrencia de estas tareas. Igualmente es el objetivo decrementar las respuestas de escape y evitación permitiendo así a la persona retomar las actividades cotidianas de manera normal con un mejor ajuste al contexto; a partir de esta perspectiva la persona se orienta en el momento presente con una aceptación de sus eventos privados (Barraca, 2009).

Para dar cumplimiento a este propósito dentro de la perspectiva de AC es necesario garantizar que el consultante cuente con los repertorios apropiados para tener un adecuado desenvolvimiento en el contexto, en tanto cuando se encuentra una limitación en sus competencias se requiere el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas (Campo y Martínez, 2009).

Con relación a estos elementos para determinar las habilidades sociales que deben ser entrenadas en el consultante, es necesario tener en cuenta el contexto cambiante; es decir, reconocer que éstas se encuentran enmarcadas dentro de lo cultural (Campo y Martínez 2009).

Entre las habilidades sociales que más frecuentemente son entrenadas para personas que presentan un estado depresivo son: a nivel social, la comunicación y la asertividad; a nivel

cognitivo, la toma de decisiones, solución de problemas, autoestima, conocimiento de sí mismo y a nivel afectivo, el conocimiento y control personal de las emociones (Campo y Martínez, 2009).

El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para manejar situaciones de su cotidianidad, con ésta técnica no se eliminan los problemas, el terapeuta no es omnipotente, sino que proporciona métodos para que el paciente analice y evalúe posibles opciones (Olivares y Méndez, 1999).

Vázquez (2002), expone que una de las terapias de solución de problemas que más se ha usado en el tratamiento de la depresión es la de Nezu et al. (1989), que se desarrolló a partir de la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Nezu (1982). En los primeros estudios la intervención se puede aplicar a nivel individual o en grupo donde consiste en: 1) explicación del tratamiento y su coherencia; 2) definición del problema; 3) establecimiento de metas; 4) generación de soluciones alternativas; 5) selección de la solución elegida; 6) aclaración de los pasos necesarios para implementar la solución elegida; 7) evaluación de los resultados.

Técnicas de intervención para la depresión

Entre las técnicas conductuales para la depresión se encuentran las siguientes estrategias:

Asignación de tareas graduadas: Consiste en asignar al paciente actividades de manera gradual iniciando con las que le generan menor dificultad hasta las más complejas, este proceso progresivo le permite al paciente adquirir la percepción de eficacia, adecuándose

progresivamente su ejecución acorde con su contexto de desempeño. En la programación de actividades se tienen en cuenta la condición de dominio y placer, de tal manera que la primera hace referencia a la percepción de logro por parte del consultante y la segunda a la satisfacción en la realización de la tarea. Así mismo se pretende que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, arrancando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo gradualmente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De esta manera, se establece y conserva en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces. (Bandura, 1976; Beck y otros, 1979).

Ensayo Cognitivo: Corresponde a una técnica de tipo cognitivo como su nombre lo indica en la cual a través de la imaginación se expone al paciente a situaciones conflictivas para él, de tal manera que tenga el escenario en el cual pueda descatastrofizar el evento minimizando la valoración inadecuada que realiza del mismo. Esta técnica es muy útil para aquellos pacientes que tienen dificultades para llevar a cabo tareas específicas y que requieren de unos pasos, ayuda al paciente junto con el terapeuta a identificar obstáculos que hacen que la tarea sea más difícil y en particular para los pacientes deprimidos que dependen de otros para hacerse cargo de la mayor parte de sus necesidades (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002).

Juego de Roles: Es una estrategia que permite recrear escenas donde el paciente ha experimentado alguna dificultad o requiere entrenamiento en alguna habilidad, a través del modelamiento y la inversión de roles es posible aprender nuevas habilidades y anticipar un desempeño más adecuado a las diferentes situaciones y contextos, recreando situaciones de la vida real, así mismo le permite practicar destrezas aprendidas donde se observa, analiza y se discute la situación con espontaneidad (Gispert, 1998).

Entrenamiento en Asertividad: Busca enseñar habilidades que le permitan al paciente defender o hacer respetar los derechos e intereses personales en las situaciones de interacción con los demás. Esta técnica ha demostrado ser muy efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés originados por las relaciones interpersonales. Cuando estas habilidades no están suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción (Caballo, 1983).

Exposición en vivo: El propósito de esta estrategia es enfrentar a la persona a los estímulos temerosos hasta que consiga habituarse a la respuesta de ansiedad o malestar emocional y disminuya su respuesta de evitación al estímulo temeroso, la clave de la exposición en vivo es impedir que la evitación o escape se conviertan en una señal de seguridad. Esta técnica está indicada por lo general en el tratamiento de las fobias (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002).

Auto control: Consiste en que el consultante logre regular su comportamiento en función de contingencias demoradas en el tiempo y disminuya la respuesta ante contingencias inmediatas. Con esta técnica se pretende que el individuo asuma gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, su éxito se ha evidenciado en intervenciones de obesidad, problemas de pareja, tartamudez entre otros (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002).

Relajación progresiva: Es una estrategia que permite controlar la activación fisiológica a partir de la integración entre la respiración y la relajación progresiva de los músculos del cuerpo, parte del principio de que los organismos no podemos estar tensos y relajados en el mismo momento, en tanto si la persona aprende a regular su respuesta fisiológica puede conseguir un

estado de bienestar. Es una técnica muy eficaz y fácil de aprender donde el individuo va avanzando de manera progresiva y mejorando la habilidad obtenida, para reducir la tensión y la distensión de su organismo y de esta para ser modificado (Jacobson, 1938, Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002).

Solución de Problemas: Busca enseñar al paciente un método sistemático para el manejo y/o afrontamiento de situaciones conflictivas, a partir de una estructura, consiste en: identificar y definir el problema, analizarlo, buscar alternativas y tomar decisiones acorde con los objetivos propuestos. Este proceso se refiere tanto a la elaboración de las soluciones como a la toma de decisiones, esta técnica ha sido empleada en diversos trastornos clínicos como: el estrés, ansiedad, depresión, terapia de pareja entre otros, con muy buenos resultados (Vásquez, 2002).

Definición del Problema

Descripción del Problema

En este caso se presenta una alteración del afecto caracterizada por la presencia de estados emocionales asociados al malestar, tales como: tristeza, abatimiento, soledad, abandono, ira, alteraciones del sueño, presencia de llanto permanente (todos los días de la semana) y verbalizaciones negativas con la valoración de sí misma y de experiencias de la vida (“soy una fracasada”, “por qué me pasa solo a mí”), decremento en actividades individuales, solicitud permanente de acompañamiento y atención. Este tipo de comportamientos problemáticos se han

presentado a lo largo de la historia de vida de la consultante pero se agudizan en intensidad y frecuencia a partir de la ruptura de pareja.

Evaluación Diacrónica

Hace 26 años perdió a sus padres y a la mayoría de su familia en el desastre natural de Armero Tolima. A partir de ese momento, su vida cambio, expone que perdió todo el interés por las cosas, la aflicción y tristeza era constante, no quería saber nada de nada ni de nadie, la describe como una etapa muy dura.

Su padre fue agricultor y su madre se dedicaba al hogar, tuvieron en total 10 hijos, toda su vida vivieron en Armero. Las instrucciones que le dieron sus padres eran que se comportaran adecuadamente frente a las demás personas. Describe las etapas de su infancia y adolescencia como muy bonitas, muy alegres, compartía con sus pares; sus padres le brindaban mucho amor, comprensión, participaba asiduamente de todas las actividades del campo.

La consultante expresa que en su adolescencia compartía constantemente con sus amigos del colegio y pueblo, relata que apreciaba los momentos en los que compartía con ellos, jugando, bailando, escuchando música, entre otros. Refiere así mismo haber tenido muchos amigos que los perdió en el desastre de Armero.

Cuando se fue a trabajar a la capital, eran anhelados los fines de semana para reunirse con sus padres y familia, e igualmente visitar a sus amigos en el pueblo, describe la relación como afectuosa, armoniosa y tranquila.

Cuando conoce al padre de sus hijas, lo presenta a su familia y recibe el apoyo total de sus padres. Después de tres años de noviazgo deciden organizarse; la consultante lo describe como un hombre de buenos principios, especial, bueno, se comprendía, y formaron un hogar feliz.

Cuatro meses después de haber perdido a su familia, y después de tres años de convivencia con su pareja, se entera que está en estado de embarazo; sin embargo no recuerda que experimentó, expresa que todo era confuso no quería saber nada, había perdido el interés por las cosas.

Posteriormente, manifiesta que cuando llevaba nueve años de convivencia con el padre de sus hijas, este falleció en un accidente de tránsito, sus hijas estaban muy pequeñas. Refiere que esto la llevó a recaer nuevamente en su “estado de sufrimiento”, y “caos total”, que hizo que se incrementara su malestar.

En este suceso, recibió orientación psicológica por consulta externa (dos sesiones), expresa que hubo mejoría, le ayudo a mitigar su dolor parcialmente, porque la tristeza y la aflicción no han cesado, expone que aún continúan.

Después de haber pasado todo el proceso de viudez, decide nuevamente iniciar una relación de pareja con un hombre separado. Su relación se caracterizó por ser inestable ya que

presentaba frecuentes distanciamientos. Esta relación duro siete años, hasta que el señor hace 6 meses decide terminar la relación sin dar explicaciones. Esta relación la describe como distante, vivían en ciudades diferentes por lo que se veían cada 8 días, dejaban de tener contacto telefónico y físico. Por tal razón ella siempre estaba pendiente de su celular esperando la llamada de su ex pareja, y prefería quedarse en casa, viendo televisión, no salía por esperar o recibir la llamada o la visita de él y que no la encontrara sería inexcusable. Nunca le propuso formalizar la relación, sus hijas no estaban de acuerdo pero no interferían en la misma. A partir de la ruptura inmediatamente vuelve a presentar los episodios de tristeza, melancolía, desasosiego, incertidumbre de saber el motivo por el cual su pareja dio por terminada la relación. Otro aspecto que le genera mucho malestar a la consultante y le da mucha tristeza es porque hace 15 días se enteró por terceros que su ex pareja tiene una relación.

Evaluación Sincrónica

Cuando la consultante se encuentra sola presenta frecuentes alteraciones en su estado de ánimo caracterizadas por: llanto, angustia, desesperanza, insomnio, le cuesta conciliar el sueño y se despierta con facilidad; estos episodios se presentan cuando está sola, cuando se va a dormir o cuando recuerda a su ex pareja; siente que la vida no tiene sentido, que no vale nada, que es una fracasada. Tiene dos hijas de su primera unión, una de 24 años y otra de 22 años, las dos están solteras y trabajan. Ella convive con su hija menor y una hermana que presenta discapacidad física, su hija mayor reside en la ciudad de Bogotá. Llama a su hija todas las noches, pero es poco receptiva, presentan frecuentes discusiones y recibe constantes reproches como: “no sabe hacer bien las cosas, yo soy importante entre otras”, “ya está chillando otra vez”. Así mismo la

consultante manifiesta que se le dificulta expresar verbal y gestualmente su tristeza y disgusto frente a sus familiares, por lo tanto ha optado por contenerse de llorar y hacerlo cuando está sola. Posterior a estos episodios dice sentirse más tranquila. Después de la ruptura de su relación de pareja, por solicitud de su familia asistió a consulta de psicología por la EPS, quien la remitió al Psiquiatra, formulándole Fluoxetina, la consultante no se tomó el medicamento aduciendo que el medicamento le iba a crear adicción y sin él se iba poner bien. En el momento expone dificultad para conciliar el sueño, se despierta a la madrugada y no lo vuelve a conciliar.

Expone que prefiere ver televisión todo el tiempo como medio de escape para no pensar en su ex pareja. Así mismo, la rutina de todos los días la inquieta, expresa que quisiera salir corriendo de su casa.

Manifiesta que en ocasiones cuando observa familias compuestas por sus padres y sus hijas en diferentes eventos, le produce mucho malestar, por que recuerda al padre de sus hijas (quien falleció en un accidente), y a su familia (los perdió en el desastre de Armero), piensa que estos dos eventos no permitieron que sus hijas tuvieran un padre ni conocieran a sus abuelos.

Dominios

Afectivo: la consultante presenta una alta labilidad emocional con una prevalencia de estados emocionales “negativos” reconocidos como “estados de malestar” expresa sentir tristeza, desespero, angustia y rabia. Se le dificulta reportar emociones diferentes a la tristeza y ambientes relacionados con otras emociones. Percibe una alta frecuencia y baja capacidad para regular estos

estados emocionales, regularmente hace uso de la distracción y escape de las situaciones de incomodidad. Su dificultad se agudiza cuando se encuentra sola o en presencia de su familia, a quienes considera que no les puede expresar con tranquilidad cómo se encuentra.

Social: a nivel social la consultante reporta que disfruta hablar por teléfono y que la visiten sus amigos, le agrada asistir al gimnasio, salir de paseo en compañía, entre otros; pero carece de habilidades para tomar decisiones en su vida personal, interactuar con los otros, entre otros, esto deja evidenciar que su repertorio era del 4% en habilidades básicas a nivel social y estrategias para resolver problemas interpersonales como: expresar sentimientos, manejo adecuado de las situaciones que le generaban malestar, entre otros.

Salud- Enfermedad: Presenta adecuados repertorios de autocuidado, se preocupa por su salud y bienestar, asiste al gimnasio y a la peluquería porque quiere verse bien para los demás. Esto se presenta a partir de identificar que su ex pareja tenía otra relación y durante el tiempo que se encuentra en proceso de acompañamiento psicológico.

Motivo de Consulta

La consultante acude a consulta, reportando “estoy muy triste porque mi pareja me dijo que no quería vivir conmigo, que quería algo grande”, “hace seis meses me dejó, me sacó de su vida sin una razón que yo sepa, me despreció como si fuera cualquier cosa, llevábamos siete años de relación; me siento muy mal, sufro mucho, y estoy haciendo sufrir a mis hijas, quisiera morirme para no hacerle daño a los demás”. Desde entonces piensa y recuerda permanentemente

a su ex pareja/lugares que compartía con él y las fallas que pudo haber cometido durante la relación.

Además reporta que cuando se encuentra sola se incrementan los episodios de tristeza, desesperanza, soledad, llanto, angustia, insomnio entre otras, igualmente refiere pensamientos automáticos como: “por qué Dios le da a uno las personas que quiere y por qué se las quita”.

Expone así mismo que procura que su familia no se dé cuenta cuando esta triste porque le llaman la atención, la recriminan diciéndole “¿otra vez chillando?”. Recuerda igualmente que antes de que se presentara todos estos eventos ella era muy feliz, disfrutaba de las cosas, sola o acompañada, pero ahora constantemente se siente muy afectada, además se percibe emocionalmente inestable, entre las respuestas emocionales que experimenta la consultante se encuentra llorar el 60% al día, especialmente durante las noches. Durante el día realiza las tareas diarias con insatisfacción de un 40%.

Formulación de Caso

Formulación de Hipótesis

Factores de predisposición: En la evaluación diacrónica se logra identificar que la consultante ha presentado pérdidas afectivas significativas como fue: a) pérdida de sus padres y familiares hace 26 años en el desastre de Armero en el Tolima cuando ella tenía 23 años, b) la ruptura de pareja actual como un factor desencadenante.

En los periodos de tiempo en que se han presentado estos eventos la consultante refiere haber experimentado estados emocionales muy negativos, similares a su periodo actual.

Particularmente se encuentran dos elementos importantes que pueden ser un factor de predisposición para el periodo depresivo actual como: c) carencia de redes de apoyo familiar y social d) ausencia de acompañamiento psicológico constante y efectivo y múltiples pérdidas afectivas (Guerra, 2000).

Factores precipitantes: Como factor precipitante se encuentra la pérdida afectiva que presenta a partir de la ruptura en la relación de pareja que sostenía hace 7 años (Guerra, 2000).

Factores de mantenimiento: En el contexto familiar se encuentra una interacción ambivalente en la cual la consultante recibe castigo por parte de sus familiares, pero obtiene atención y justificación por parte de ellos cuando presenta los estados de malestar, esto se relaciona con la teoría de Fester (1973), quien señala que cuando una persona se encuentra en un contexto aversivo esta empieza a presentar un estado emocional depresivo (Barraca, 2010). Y se pudo determinar mediante factores importantes que permiten que se mantenga la problemática como:

a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos, que implican una pérdida de refuerzos, como fue la pérdida de su relación de pareja, perdiendo no solamente los refuerzos proporcionados por él sino por todas las actividades que realizaba en su compañía, b) Programas de refuerzo de alto costo, a partir de los cuales la persona deben esforzarse en la emisión de la conducta para poder conseguir una consecuencia del medio, la consultante debe esforzarse en muchos

comportamientos y escenarios para conseguir refuerzo por parte de sus familiares y personas significativas, siendo carente el refuerzo pero si existiendo un alto costo para ella, c) espirales patológicas, una baja tasa de refuerzos positivos, decremento la presentación de la conducta que a su vez genera un desajuste en el adecuado funcionamiento en el medio ambiente de la persona, facilitando la presencia de aversivos o ausencia de refuerzos positivos, y d) repertorios inadecuados en la selección de conductas apropiadas a las características del contexto en los cuales se encuentra un repertorio en habilidades sociales deficiente. A partir del cual la consultante puede establecer relaciones sociales pero presenta dificultades en el establecimiento de límites interpersonales, identificación y expresión emocional y adjudicación de responsabilidades en toma de decisiones, así mismo se encontró un repertorio deficiente en habilidades en solución de problemas, que no le permite a la consultante definir un problema y establecer estrategias funcionales para la solución del mismo, adjudica la responsabilidad de la solución a otros dependiendo su bienestar de la atribución realizada por terceros (Barraca, 2010).

Factores protectores: Como componente protector se pudo observar en la consultante su interés y motivación frente al cambio, “quiero salir adelante”, “sentirme bien”, así mismo establece como sentido de vida sus hijas, “son mi razón de vivir”, siente tranquilidad al saber que sus hijas tienen un empleo estable y no dependen económicamente de ella. Al iniciar el tratamiento se encuentra que la consultante asiste de manera asidua al gimnasio y tiene una mascota que es muy representativa para ella, dos aspectos que a veces usa como una actividad de confort para combatir su estado emocional.

Unidad de Análisis

La consultante presenta un patrón de comportamiento emocional inestable caracterizado por estados de angustia, desesperanza, solicitud de manifestaciones de afecto de manera constante, impotencia, frustración, llanto, tristeza, aislamiento, gritos, decremento en sus actividades placenteras, comportamiento que inició posterior a una ruptura en su relación afectiva y cómo consecuencia a la condición de castigo proporcionada por sus familiares y personas significativas. Este comportamiento en la actualidad se mantiene por refuerzo positivo, ya que la consultante obtiene atención por parte de sus familiares, cuando presenta una respuesta emocional exacerbada e inestable, identificándose que así la respuesta de terceros sea inadecuada y ambivalente, es significativa para ella. Igualmente, se mantiene por refuerzo negativo al evitar su respuesta emocional de mayor intensidad y escapar de condiciones de castigo proporcionadas por el mismo contexto, ya que en la interacción aversiva que tiene con los miembros de su familia, cuando ella presenta la respuesta emocional disminuyen recriminaciones y discusiones, en sí se suspenden condiciones aversivas de castigo (Guerra, 2000). La unidad de medida de este patrón en la intensidad en la respuesta emocional y la frecuencia en el desarrollo de actividades placenteras.

Hipótesis Explicativa

La consultante presenta un patrón de comportamiento emocional inestable caracterizado por estados de angustia, desesperanza, solicitud de manifestaciones de afecto de manera constante, impotencia, frustración, llanto, tristeza, aislamiento, gritos, decremento en sus

actividades placenteras, comportamiento que inició posterior a una ruptura en su relación afectiva y cómo consecuencia a la condición de castigo proporcionada por sus familiares y personas significativas. Este patrón es mantenido por una relación de refuerzo negativo en la cual la consultante emite estos comportamientos para disminuir condiciones de malestar emocional y cesar recriminaciones y discusiones con sus familiares; así mismo se establece una relación de refuerzo positivo porque obtiene atención por parte de sus familiares (Guerra, 2000).

Entre los predisponentes para este comportamiento encontramos las pérdidas afectivas que han sido significativas en la historia de vida de la consultante como fue su familia nuclear: padres y hermanos, así como su esposo en un periodo significativo de su relación, estas situaciones han generado una alteración afectiva en la consultante la cual no manejó de manera apropiada estableciendo un comportamiento nostálgico y con necesidad de atención y respuestas afectivas de otros ante su malestar emocional. En la actualidad al presentarse la ruptura en su relación de pareja se incrementa esta conducta desencadenando el patrón actual.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos de un programa de intervención conductual, compuesto por: programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas en la respuesta emocional de una mujer de 53 años que presenta una pérdida afectiva reciente?,

La intervención conductual programada en este caso se encuentra compuesta por las siguientes estrategias: activación conductual, adquisición y desarrollo de habilidades sociales y

en solución de problemas, focalizada en la respuesta emocional, encaminadas a la modificación del patrón de comportamiento que presentaba la consultante al inicio de la terapia.

Objetivos

Objetivo General

Determinar el efecto de un programa de intervención conductual en la respuesta emocional de la consultante y su conducta depresiva.

Objetivos Específicos

- 1) Establecer la relación entre la respuesta emocional y los cambios conductuales de la consultante.

- 2) Establecer la relación entre el desarrollo de habilidades sociales y habilidades en solución de problemas con la respuesta emocional de la consultante.

- 3) Identificar los posibles obstáculos y recursos favorables para el proceso terapéutico.

Método

Participante

Nombre: CS

Procedencia: Ibagué Tol.

Edad: 53 años

Estrato Socioeconómico: tres

Hermana: MS (50 años)

Hija mayor: AO (24 años)

Hija menor: EO (22 años)

Estado civil: soltera

Nivel educativo: Bachiller

Actividad económica: ninguna

Estructura familiar: hija menor 22 años y una hermana 50 años, la hija trabaja como auxiliar contable, la hermana como bibliotecóloga.

Diseño

El presente estudio se realizó mediante la utilización de un diseño de caso único, cuasi-experimental pre-post con medidas repetidas en un solo sujeto, en el cual se realizó la medición de la respuesta emocional (variable dependiente) previo al tratamiento, estableciéndose la línea

de base en las primeras 5 sesiones, y posteriormente se realizaron mediciones semanales para establecer la evolución de la respuesta durante el proceso de intervención (Morales, 2011).

Variables

Variables Dependientes

El comportamiento depresivo se operacionalizó de la siguiente manera:

Respuesta emocional: Estados emocionales negativos caracterizados por sentimientos de tristeza, abatimiento, angustia, culpa, desesperanza, rencor, auto desprecio y fracaso, fueron evaluados por medio de un registro de respuesta emocional, identificando la relación funcional y el nivel de malestar medido en una escala de a 1 10, siendo 10 el nivel máximo y 1 el mínimo.

Variable Independiente

La intervención conductual programada en este caso se encuentra compuesta por las siguientes estrategias: activación conductual, adquisición y desarrollo de habilidades sociales y en solución de problemas, focalizados en la respuesta emocional, encaminadas a la modificación del patrón de comportamiento que presentaba la consultante al inicio de la terapia.

Instrumentos

Con el propósito de identificar y explicar la problemática reportada por la consultante se realizó un proceso de evaluación multimodal y multimétodo en el cual se utilizaron las siguientes estrategias: entrevista clínica con la consultante y con familiares representativos, registro de conducta, cuestionario de datos personales y escalas que se utilizaron para medir las respuestas emocionales y habilidades específicas de la consultante.

El objetivo de la entrevista fue indagar sobre los comportamientos significativos y profundizar en el contexto de las problemáticas señaladas por la consultante, esto con el fin de identificar los factores predisponentes y agentes que mantenían dichas problemáticas. En esta entrevista estructurada se trabajaron preguntas abiertas con un orden pre-establecido.

Entrevista estructurada de trastornos por ansiedad -ADIS—R- (Barlow, 1988). Este es un instrumento que permite identificar si la consultante presenta una problemática asociada a la ansiedad a partir de la relación entre los criterios diagnósticos del DSM IV. En una primera instancia fue necesario descartar la presencia de un estrés post traumático o un trastorno de ansiedad generalizada.

Inventario de datos personales: Cuestionario que permite reunir información pertinente sobre los contextos de funcionamiento de la consultante.

Auto Registros: su objetivo fue medir la intensidad de las respuestas emocionales. Con este instrumento fue posible identificar los antecedentes y consecuentes de comportamientos

específicos. Los autoregistros se hicieron necesarios para la realización del análisis funcional y para hacer la medición continua de las conductas, durante el proceso terapéutico. (Anexo A).

Inventario de Asertividad de Rathus, Gomeche, Díaz y Vallejo (1995), este inventario es un instrumento auto aplicado que tiene como objetivo medir el cambio conductual en el entrenamiento de asertividad. Consta de 30 ítems, con características descriptivas, utilizando el siguiente código: +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo, +2 bastante característico de mí, bastante descriptivo, +1 algo característico de mí, ligeramente descriptivo, -1 algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo, -2 bastante poco característico de mí, no descriptivo, -3 muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo. Este instrumento permite medir de manera fiable y valida la conducta asertiva y su desenvolvimiento social (Ver anexo B).

Consentimiento Informado: se realiza con el objetivo de certificar que se le dio al paciente la información suficiente en términos del proceso, sus ventajas y posibles inconvenientes, las responsabilidades tanto del terapeuta como del propio paciente relacionadas con la efectividad del proceso terapéutico. Además de cumplir con la normatividad establecida en el código deontológico y bioético del psicólogo (Ver anexo C).

Contrato conductual: Objetivo, establecer reglas de compromiso y cumplimiento durante el proceso terapéutico, adoptando comportamientos positivos, reforzadores y consecuencias por escrito sobre el cumplimiento o incumplimiento de las reglas (Ver anexo D).

Procedimiento

Previo a la intervención y posterior a la culminación de la misma, se aplicaron los instrumentos de evaluación (pre- test). Igualmente se realizó un monitoreo de la respuesta emocional de manera permanente. A continuación se presenta una descripción detallada de las fases:

Fase de evaluación

La fase de evaluación (pre-test) correspondió a la línea de base, donde el proceso se desarrolló durante 11 sesiones, con la aplicación de auto-registro para valorar el nivel de malestar frente a las respuestas emocionales que emitía la consultante; en la primera semana se aplicó el cuestionario de datos personales con el fin de obtener información detallada relacionado con sus contextos de funcionamiento y situaciones históricas significativas. Igualmente, se aplicó entrevista estructurada ADIS-R, Cuestionario de datos personales, escala de Rathus, estos instrumentos se aplicaron en estas doce semanas de evaluación, (pre-test) en las cuales la consultante desarrolló oportunamente los auto-registros correspondientes a las situaciones que le generaban malestar.

Fase de intervención

Fase de tratamiento (post- test): Durante esta fase se continuó con la aplicación del auto registro de situaciones problemas y respuesta emocional.

Dentro de los objetivos de intervención se incluyeron aspectos de la terapia de Lewinsohn (1974), como lo son: programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales avanzadas y de asertividad y resolución de problemas, de tal manera que la consultante lograra identificar sus respuestas emocionales, comprender los antecedentes de su sintomatología depresiva; disminuir la intensidad y frecuencia de la respuesta emocional negativa, incrementar las actividades de dominio y placer, alcanzar la eficacia en solución de problemas presentes y futuros, instruir a la consultante en habilidades sociales y asertividad que le permitan comunicarse adecuadamente y le permita solucionar de la manera más eficaz problemas futuros y así impedir recaídas en el estado depresivo.

La estructura de las estrategias de intervención fue la siguiente:

Primera técnica: control de la activación, se utilizó la respiración profunda, donde Chóliz (2007) nos expone que la mejor forma de afrontamiento es la relajación y la respiración en los momentos que más le generan activación, esta estrategia se utilizó inicialmente con la consultante como una intervención en crisis con el objetivo de regular la intensidad de su respuesta emocional, y así facilitar el proceso de observación y activación conductual.

Segunda técnica: activación conductual, cuyo objetivo es incrementar las actividades de placer mediante la programación de actividades, donde se pide a la consultante realizar un registro de sus actividades cotidianas y la valoración de su nivel de dominio y placer de las mismas.

Tercera técnica: entrenamiento en habilidades avanzadas, se enseñó a la consultante el concepto de asertividad apoyado en Naranjo (2008), donde se expone que hay varias concepciones teóricas sobre la asertividad, se hace manifiesta la importancia de la capacidad que se debe tener para expresar apropiadamente los sentimientos y pensamientos y para defender sus derechos y respetar los derechos de los otros, características de las conductas asertivas, pasivas, agresivas, asimismo dificultades de comunicación efectiva, creencias de pensamiento y derechos asociados a conductas asertivas y no asertivas.

Cuarta Técnica: Entrenamiento en solución de problemas: (D'Zurilla, Nezu 1982, Vásquez 2002), quienes nos indican cinco fases para llevar a cabo el entrenamiento en solución de problemas, estas son: orientación del problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y evaluación de la solución elegida. Esto se hace mediante juego de roles y el objetivo principal de esta técnica es brindarle a la paciente herramientas adecuadas y oportunas para la solución de problemas.

Descripción sesión a sesión

A continuación se desarrolla una descripción general de las actividades realizadas en las sesiones que se llevó a cabo durante el proceso terapéutico. En total se registra la información de 24 sesiones.

Sesión 1. Objetivo: Iniciar el establecimiento de la relación terapéutica y proceso de evaluación del motivo de consulta. En esta sesión también se aclaran dudas de la consultante frente al proceso terapéutico y se establecen compromisos de trabajo. Se asigna registro de respuesta emocional.

Sesión 2. Objetivo: explorar la información suministrada por la consultante relacionada con las dificultades presentes. Determinación de objetivos de la consultante frente a la terapia. Aplicación de la entrevista estructurada ADIS-R. Inventario de Datos Personales. Registro.

Sesión 3. Objetivo: obtener información adicional respecto a las características de las interacciones de la consultante y componentes de la alteración emocional y los posibles ambientes de reforzamiento de los comportamientos. Durante el desarrollo de la sesión se hace énfasis en las relaciones familiares, la interacción con sus amigos, la relación de pareja entre otros. Registro.

Sesión 4. Objetivo: Analizar las posibles hipótesis, de la problemática, objetivos y actividades a realizar durante el tratamiento. Registro.

Sesión 5. Objetivo: Continuar con la exploración de la problemática, se explica la técnica de entrenamiento en respiración, ya que la consultante reporta estados de intensidad en la respuesta emocional que le generan un alto nivel de malestar, se desarrolla instruyendo a la consultante sobre el procedimiento a llevar a cabo durante las situaciones de mayor activación fisiológica. El entrenamiento en respiración se realiza para que la consultante utilice esta estrategia en momentos de crisis caracterizados por la presencia de llanto e ira.

Sesión 6. Objetivo: fortalecer la habilidad relacionada con el entrenamiento en respiración. Asesoría acerca de la relación entre la respiración y sensaciones fisiológicas. Se realiza la aplicación de la escala de Rathus, Revisión de la información obtenida en los registros.

Sesión 7. Psicoeducación. Objetivo: Lograr que la consultante tenga una mayor comprensión de su problemática. Informar acerca de la sintomatología depresiva, eventos, síntomas, reacciones, respuestas relacionadas a su problemática. Registro.

Sesión 8 y 9. Objetivo: Retroalimentar lo visto en la anterior sesión y ahondar aún más sobre la problemática y sus características. Revisión de tareas.

Sesión 10. Objetivo: Fortalecer el proceso terapéutico y adherencia al tratamiento, mediante la revisión general de proceso de evaluación.

Sesión 11. Revisar autorregistro y retroalimentación.

Sesión 12. Culminar el proceso de evaluación e introducción del protocolo de intervención; características de la terapia de activación conductual.

Sesión 13. Objetivo: Presentar el protocolo de intervención a llevar a cabo durante el proceso de tratamiento y explicación de cada una de las técnicas a utilizar, se continua con el entrenamiento del control de activación enfocado en la respiración, para cuando la consultante identifique situaciones que le generan malestar como (llanto e ira) y alteran sus estados ánimo. Tarea para la casa.

Sesión 14. Objetivo: Iniciar el programa de activación conductual con la programación de actividades, la sesión se desarrolla solicitando a la consultante realizar un listado de las actividades que más le agraden o le generen placer y presentarlas en sesión, enfatizando su compromiso y responsabilidad y presentarlas en la sesión siguiente. Registro

Sesión 15 a 17. Retroalimentación de tareas, e inicio de la aplicación de la técnica de, entrenamiento de habilidades sociales: explicación de la técnica en qué consiste, la adquisición de habilidades sociales avanzadas, concepto y los problemas que se puedan presentar durante las interacciones sociales. Enfocado en las creencias erróneas de la persona, ventajas, inconvenientes de las diferentes formas de actuar. Seguimiento en programación conductual.

a. Modelado: demostración por parte del terapeuta, la conducta social habilidosa.

Ejemplo: se modela un comportamiento se pide que observe como se hace la demostración, para que luego modelar el ejercicio.

b. Ensayo de conducta: se deja el ejercicio para que la consultante ponga en práctica la conducta social habilidosa.

c. Reforzamiento positivo: el terapeuta y las personas que están a su alrededor refuerzan socialmente la realización adecuada de la conducta social ejecutada por la consultante.

d. Retroalimentación: se informa sobre los aspectos no habilidosos del cumplimiento y ejecución de los ejercicios.

e. Prácticas en contextos naturales: se dejan tareas para la casa cómo, poner en práctica las conductas sociales en situaciones naturales.

Sesión 18. Retroalimentar, el entrenamiento en Asertividad: concepto: habilidades sociales avanzadas, identificación de los estilos básicos de la conducta interpersonal, situaciones en donde debe ser asertivo. Se desarrolla con la presentación de Diapositivas.

Sesión 19. Objetivo: presentar mediante diapositivas el tema de Comunicación, formas de comunicación asertiva, creencias que inhabilitan la conducta adecuada, identificación de conducta (pasiva, asertiva, agresiva en la paciente).

Sesión 20 a 22. Objetivo: Retroalimentar mediante el desarrollo de Juego de roles: donde se enseña a la consultante a actuar de forma asertiva, por medio de la identificación de situaciones en la que se requiere actuar de una forma asertiva. Se presenta una situación donde la

paciente pone en práctica los estilos de conducta agresiva y pasiva, y deberá cambiar estos por un estilo asertivo. Así mismo podrá afianzar sus propios derechos sin dejarse manipular y sin manipular a otros (se realiza en tres sesiones.)

Sesión 23. Objetivo: iniciar el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas. Se instruye a la consultante sobre la importancia de tener una buena orientación con respecto al problema, definición del problema, generación de posibles soluciones, ventajas y desventajas.

Sesión 24. Objetivo: Elegir la alternativa más adecuada para la solución del problema, se desarrolla en sesión mediante el juego de roles: sobre un problema identificado por la consultante, se aplica por segunda vez el Inventario de Rathus. Evaluación de resultados. Conclusión y Cierre final del proceso terapéutico. Cuyo proceso se realizó con una sesión semanal, y una duración 60 minutos.

Resultados

Posterior al respectivo proceso terapéutico y acorde con el motivo de consulta y la formulación, a continuación presentamos los resultados evaluados durante el desarrollo investigativo en tres categorías de análisis del comportamiento: intensidad en el nivel de malestar emocional, frecuencia en el desarrollo de actividades y desarrollo de habilidades sociales avanzadas.

Es relevante destacar que los resultados fueron evaluados por medio de los registros diligenciados por la consultante, mediante el conteo del número de conductas; teniendo en cuenta las actividades que emitía semanalmente la consultante, de este modo se computaron los promedios de decremento del malestar y el incremento en la satisfacción de cambio en su conducta y la proporción con el tiempo demostrando lo siguiente:

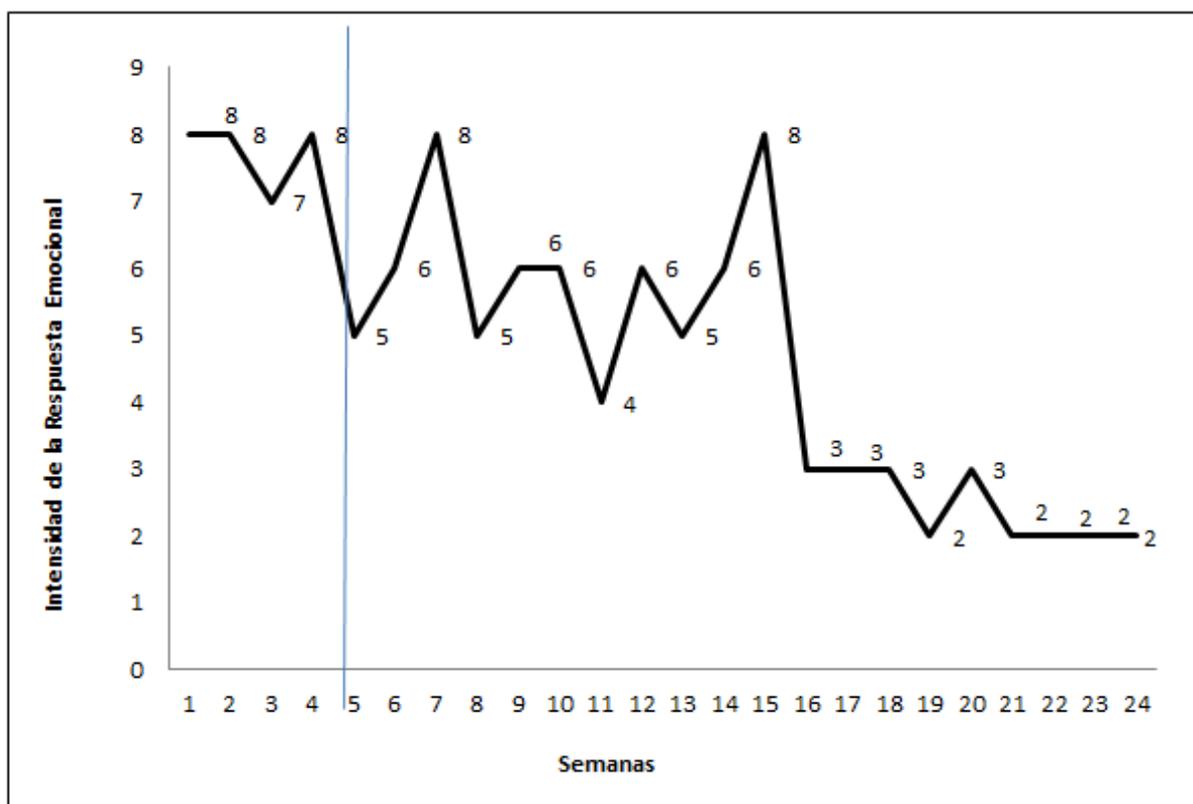


Figura 1 - *Respuesta de la Intensidad Emocional*

En la figura 1 se presenta la línea de base que se tomó desde la sesión 1 a la sesión 5 donde se encuentra una intensidad en la respuesta emocional que oscila entre 7 y 8 puntos en una escala de 1 a 10.

A partir de la semana 6 en la cual se inicia el protocolo de intervención se observa un decremento en la intensidad de la respuesta emocional con oscilaciones entre 4 y 6 hasta la semana 14. Posteriormente a partir de la semana 16 se presenta un nuevo decremento con oscilaciones que inician en una intensidad de 3 hasta 2 en una escala de 1 a 10.

En la semana 7 y semana 15 se encuentra un incremento en la intensidad emocional debido a dos fenómenos particulares, en la semana 7 la consultante se expone de una forma no planeada a eventos relacionados con la presencia de su ex pareja; y en la semana 15 la consultante reporta una confusión en la elaboración de sus registros donde cuantifica el nivel de bienestar y no el de malestar emocional. Por lo tanto no se tendrá en cuenta ese dato para el presente análisis. Es importante mencionar que a la consultante se le dificultó el diligenciamiento de los registros; por lo cual en sesión fue necesario no solo retroalimentar sino verificar los datos proporcionados por la consultante.

Es así como mediante la aplicación de la Terapia de Activación conductual se evidencia que, la intensidad de las respuestas emocionales de malestar disminuye de una manera considerable sobre todo durante las últimas semanas de intervención.

Igualmente es importante resaltar que los cambios se empiezan a presentar con el inicio del protocolo de intervención cuando a la consultante se le proporcionan estrategias en respiración y control de la activación donde empieza a reportar un decremento en la intensidad de la respuesta emocional, posteriormente en la sesión 12 que iniciamos con la programación de actividades se encuentra un decremento más significativo de su nivel de malestar y un incremento en el nivel de actividades como se puede reportar en la figura 2.

Seguidamente cuando pasamos a la sesión 15 se inicia el entrenamiento en habilidades en donde se presenta un mayor decremento en la intensidad de la respuesta emocional, que representa que al proporcionar a la consultante escenarios o contextos que incrementaran la probabilidad de obtener refuerzo positivo y entrenarla en habilidades; que le permitieran desempeñarse en esos contextos; su malestar emocional decremento a un 4% presentándose menores indicadores de estos.

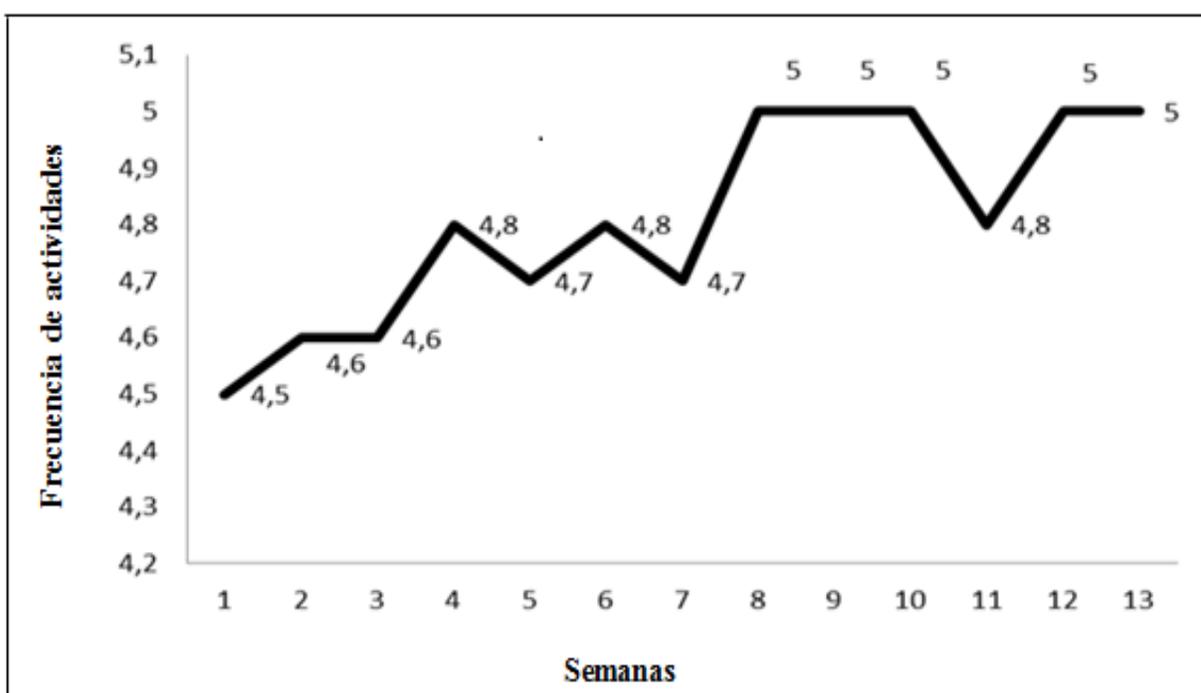


Figura 2 - *Activación Conductual*

A partir de la semana 12 al implementar la estrategia de activación conductual como se puede ver en la figura 2, en la cual progresivamente la consultante incremento la frecuencia en el desarrollo de las actividades de dominio y agrado como asistir al gimnasio, sacar la mascota, acudir al salón de belleza, cuidar las plantas, hablar por teléfono, recibir visitas, escuchar música entre otros. Donde se puede evidenciar el cumplimiento de las actividades asignadas.

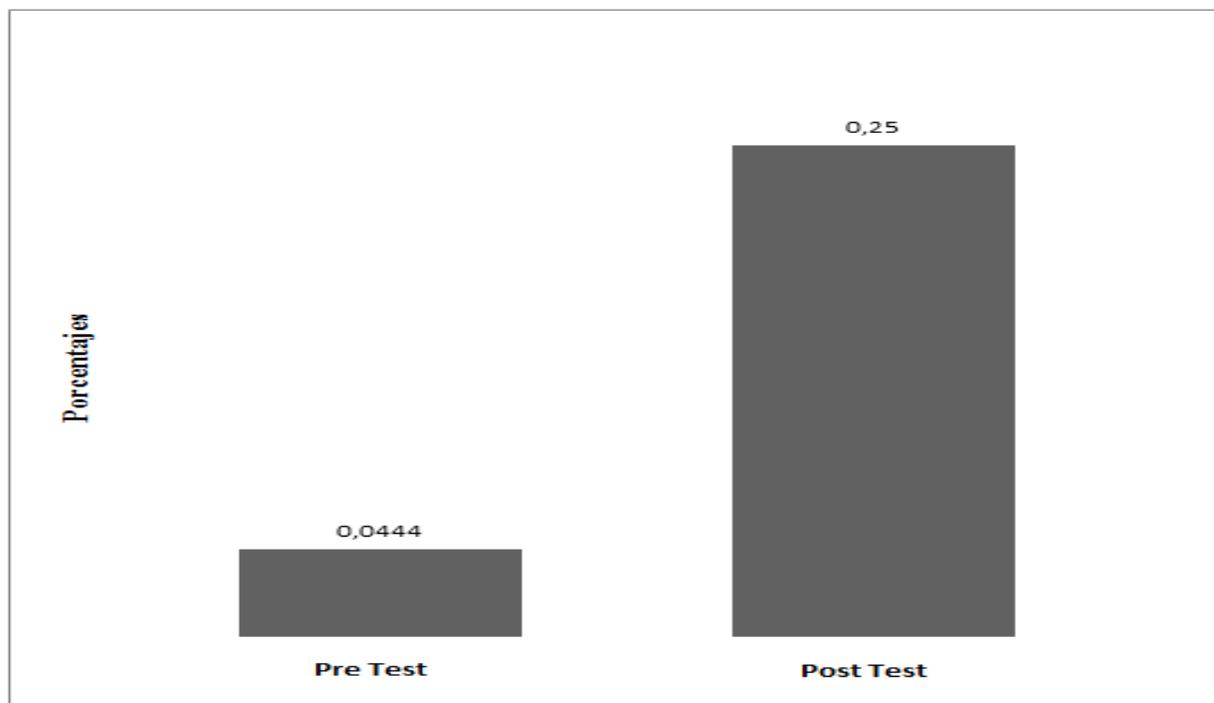


Figura 3 - *Escala de Rathus: Habilidades Sociales Avanzadas*

Igualmente con el propósito de evaluar las competencias sociales, particularmente en asertividad de la consultante, recurrimos a la escala de Rathus.

Acorde como se muestra en la figura 3 al inicio del entrenamiento la consultante mostraba un repertorio del 4% en habilidades básicas a nivel social y estrategias para resolver problemas interpersonales como: expresar sentimientos, manejo adecuado del estrés entre otros, al final de la intervención se pudo establecer que se está incrementando en un rango de 25% , con esto se puede evidenciar que la consultante logró desarrollar habilidades de afrontamiento a partir de las estrategias utilizadas durante el tratamiento.

Por lo tanto se puede afirmar que el tratamiento contribuyo a encontrar la respuesta emocional adecuada en la consultante, logrando evidenciar la modificación de su comportamiento relacionado con la disminución de la intensidad de la respuesta emocional, mejorado en sus habilidades en el abordaje de su interacción con los otros, siendo más asertiva a futuro.

Discusión

Este estudio permitió dar cumplimiento al objetivo de determinar el efecto de un programa de intervención conductual en la respuesta emocional de una mujer que reporta una sintomatología depresiva, así como demostrar la utilidad de la formulación clínica, como herramienta de análisis y sistematización de la información que permite establecer las estrategias y el modelo terapéutico idóneo acorde con el análisis funcional del comportamiento.

Este estudio permitió demostrar el efecto de la terapia de activación conductual así como lo demuestran autores como: Fester (1973), Lewinsohn (1974), Derek, Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert (2003), Péñate y Perestelo (2004), Barraca (2010), entre otros, en sus investigaciones sobre la efectividad en la respuesta emocional.

Así mismo los datos de este estudio permiten establecer que a partir de la intervención conductual realizada se encuentra un decremento en la intensidad de la respuesta de malestar emocional reportada por la consultante en un periodo de tiempo breve.

La experiencia en este caso permite observar como la respuesta emocional de la consultante respondía a la reducción en la presentación de refuerzos positivos que fueran contingentes a su comportamiento, generando una valoración negativa de sí misma denominada socialmente como “baja autoestima” y desesperanza” (Pénate y Perestelo, 2004; Barraca 2010).

La consultante se encontraba en condiciones aversivas permanentemente, y al encontrar contextos aversivos y ella no tener habilidades suficientes para poder manejar estas situaciones, desencadenaba en patrones de evitación y un estado emocional negativo, generándose además condiciones de dependencia y desesperanza. Considerando el estado emocional de la consultante, la primera estrategia que se utilizó fue la técnica de control de la activación, dándole pautas de respiración para que pudiera regular sus estados de malestar, como el llanto y la ira encontrándose una mejoría parcial de los periodos críticos, sin embargo es en el momento en que inicia con la activación conductual caracterizada para este caso como la programación de actividades placenteras, que se decrementa de manera importante su respuesta de malestar.

Acorde con autores como Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch y Rusch (2010), quienes sostienen que la terapia de activación conductual tiene un grupo de componentes más complejos que la programación de tareas, implicando a la persona generar un conjunto de estrategias para dar cumplimiento a sus objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, fue posible identificar que la consultante comenzó a ampliar su círculo social, empezó a comunicar a sus hijas sus diferentes necesidades, aprendió a tomar sus propias decisiones y solucionar sus problemas de forma asertiva, facilitándose su desarrollo cotidiano y el afrontamiento de situaciones conflictivas.

Es importante resaltar que en la medida en que la consultante daba cumplimiento a las actividades programadas su percepción de efectividad incrementaba y de esta manera mejoraba su desempeño en funciones cotidianas, siendo estas a su vez más placenteras.

En este estudio se presentó una limitación en el proceso de registro de los datos debido a la poca colaboración de la consultante al inicio del proceso para realizar la observación de sus estados emocionales y posteriormente el cumplimiento en las tareas asignadas. Esta dificultad genera una interrogante con respecto a las estrategias implementadas para la recolección de información prioritariamente en población con una alteración afectiva que limita su funcionamiento a nivel general, en este caso particular fue necesario realizar una adecuada retroalimentación y establecimiento de compromisos que facilitaran este proceso.

A partir de esta experiencia en la cual el protocolo de intervención se compuso por: técnicas de control de la activación, programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, fue posible identificar el efecto en la respuesta emocional de la consultante, sin embargo se encontraron diferencias en los resultados en el tiempo de terapia así como en la aplicación de los componentes, haciéndose pertinente futuras investigaciones en las cuales sea posible indagar acerca del efecto particular de cada uno de estos y determinar si el orden de su aplicación interfiere en los resultados obtenidos.

Así mismo, en este estudio surgió una inquietud relacionada con la importancia de acceder al contexto directo de la consultante, de tal manera que se pueda facilitar la intervención movilizando recursos y estrategias facilitadoras, particularmente en un contexto que proporcionaba una estimulación aversiva, de esta manera futuras investigaciones pueden apoyar

procesos de vinculación del sistema familiar o personas significativas como recurso facilitador para el proceso.

Así mismo, se encuentra pertinente replicar este tipo de estudios en problemáticas afectivas con características similares con el fin de evaluar su efectividad y pertinencia, facilitando la construcción de modelos terapéuticos basados en la evidencia.

Referencias Bibliográficas

Acuña, Moreno, L, M., Hernández, Barrios, A., (2011) Efectos de la aplicación de la terapia de activación conductual sobre la actividad física y la percepción de satisfacción en tres pacientes con enfermedad Renal crónica terminal. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Psicología. Maestría en psicología clínica Conductual Cognitivo Bogotá, Colombia.

Álvaro Estramiana, J. L., Garrido Luque., A., Schweger Gallo, I., (2008). Causas Sociales se la Depresión. Una revisión crítica del Modelo Atributivo De La Depresión. Revista Internacional de Sociología (RIS).Vol.68, nº 2, Universidad de Madrid España.

Álvarez, C., (2012). Depresión: Una Crisis Global Día Mundial de la Salud Mental. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de la República, región norte de Uruguay y el intérprete en conferencias médicas para esta traducción al español. La Federación Mundial para la Salud Mental expresa su sincero agradecimiento,

Barlow, D.H. & Hersen., (1989). Diseños experimentales de caso único. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ediciones Martínez Roca, S.A. pp 48-157. Barcelona España.

Baena Zúñiga A. Sandoval, Villegas M. A, Urbina Torres, C.C, Juárez, N. H, y Villaseñor B. S. J. (2005). Los trastornos del Estado de Ánimo. Revista Digital Universitaria. Vol., 6 No. 11.

Bandura, A., (1976). Effecting change through participant modeling. In J. D. Krumboltz & C. E. Thoresen (Eds.), Counseling methods. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Beck. A. T; Rush. A. J; Shaw B.F et Emery G., (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, (Traducción: D.D.B. 1983).

Barraca, Mairal, J., (2009).La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación conductual para la Depresión (TACD).Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual Vol.8, No.1, 23-50.Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Camilo José Cela. España.

Barraca, Mairal, J., (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. Clínica y Salud, vol. 21, núm. 2, 2010, pp. 183-197.Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, España.

Caballo, J. V., (1983). Asertividad, Definiciones y Dimensiones. Estudios de Psicología Núm. 13. Universidad Autónoma de Madrid. Pp. 53-61.

Caballo, V., (2006). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. España: Ediciones Pirámide.

Campo Terner L. A., Martínez de Biava Y., (2009) Habilidades Sociales En Estudiantes De Psicología de una Universidad Privada de la Costa Caribe Colombiana. Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología 2(1): 39-51. Universidad Simón Bolívar – Colombia.

Costello, C. G, (1972). Depression: loss of reinforcers or loss reinforcer effectiveness? Behavior Therapy, 3, 240-247.

Cullen, Spates, Pagotto, Doran., (2006). Behavioral Activation Treatment for Mayor Depressive. Disorder: a Pilot Investigation. un published doctoral dissertation Western Michigan University).

Chóliz, M., (2004). Técnicas para el control de la activación. www.uv.es/=cholz.

Dinardo, P. A. Barlow. D. R., (1988). La entrevista semiestructuradas. (Traducción para uso en investigación). Entrevista estructurada de trastornos por ansiedad (ADIS—R), Martín centro de salud mental “La seda Murcia”.

Derek, Hopko, Lejuez, Kennet, Ruggiero, Eifert., (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. Department of Psychology, University of Tennessee.

Dimidjian, S., Holon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Addis, M., Gallop, R., McGlinchey, J., Markley, D., Gollan, J., Atkins, D., Dunner, D. y Jacobson, N., (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. pp. 658-670.

Ferster, C. B., (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.

Guerra García, A., (2000). La Depresión y sus causas. www.saludalia.com.

García Campos, J., (2008). Psicología cognitiva del razonamiento algunas expectativas y retos. Centro de estudios filosóficos, políticos y sociales. Vicente Lombardo, Toledano SEP. México. Vol., XVI. Numero 29 pp. 173-176.

Gawrysiak, M., Nicholas, C., Hopko, D., (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56 3, 468-475.

Gomeche Moreno, M.I, Díaz, García, M. I. Vallejo, Pareja, M.A., (1995), cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales. Fundación universidad empresa. Madrid España.

Gómez Restrepo, C. Bohórquez, A. Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz, Granados N., (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panam Salud Pública.* 16 - 378.

Gispert, C., (1998). *Enciclopedia de la psicología.* Editor Océano. Barcelona, España. Vol 3. PP. 664.

Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Busch, A. M. y Brown, K. R. (2004). Behavioral analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional Models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5, 255-274.

Kanter, J. W., Manos, R. C. Bove. W.M. Baruch. D. E. Busch., A. M., Rusch, L. C., (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. Universidad de Wisconsin - Milwaukee, Departamento de Psicología.

Korman, G. P. & Sarudiansky, M., (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión, vol.15 núm.1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Naranjo Pereira, M. L., (2008), Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas, Volumen 8 Núm. 1, pp. 1.27, actualidad investigativa en educación, revista electrónica publicada por el instituto de investigación, universidad de Costa Rica.

Morí, N. & Caballero J., (2010). Historia natural de la depresión. Revista Peruana Epidemiológica. Vol.14, Núm. 2 pp.88-90. Sociedad de epidemiología. Lima, Perú.

Morales Vallejo, P., (2011) Diseños que se pueden analizar mediante el contraste de medias. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas Madrid. Pp. 3-27

Muñoz Marrón, E. Ferrándiz López, P., (2004). Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida. Facultad de psicología. Universidad complutense de Madrid. Madrid. España. Pp. 165-244.

Mikulinzer, M. (1994). *Human helplessness: a coping perspective*. New York: Plenum Press

Labrador, F, J., Cruzado, J, A., Muñoz, M., (2000). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide. Madrid España. Pp. 366-455

Lapadjian, P., Patpatian, J., (2008). Cómo superar la depresión, Sugerencias médicas y bíblicas para vencer esta dificultad. Editorial Acups. Montevideo Uruguay. Pp.7-41.

Lewinsohn, P. M., (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *the psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: John Wiley.

Ministerio de Protección Social (2003). Salud Pública. Promoción y Prevención.

[Documento Electrónico] :

http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=14720&idcompany=3&ItemMenu=3_251

Londoño, N.H., Marín, C.A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M. D., Toro, B. E., Ochoa, N. L., Hurtado, M. H., Gómez, I., Uribe, A. F., Rojas, A. L., Pinilla, M. L., Villa Roel, D., Villegas, M. J., Arango, A. L., Restrepo, P. A., López, I. C., (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, vol. 17, núm. 1, pp. 59-68. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Colombia.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe de Salud Mental. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. Madrid: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (2008). Fomento de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Versión en español del módulo. Marino Santirso Ruiz (Asturias-España).

Pagoto, S., Bodenlos, J., Schneider, K., Olendzki, B., Spates, R., y Ma., Y., (2008). Initial investigation of Behavioral activation therapy for comorbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 45, 3, 410-415.

Peñañiel Muñoz, O., (2011). Ruptura amorosa y terapia narrativa. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, la Paz Bolivia. Pp. 53-78.

Pénate C. W., Perestelo, P. L., (2007). La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables, nivel de actividad, actitudes disfuncionales y estilo atributivo en función de la puntuación y la medida de depresión utilizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.4. Número 001. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada, España. pp. 27-53.

Pérez Álvarez M., (2007). La Activación Conductual y la Desmedicalización de la Depresión. *Papeles del psicólogo*, Universidad de Oviedo.Vol.28 (2), Consejo General de Colegios oficiales de psicólogos España, Madrid España. pp.97-110.<http://www.cop.es/papeles>.

Pineda F., R.A., (2005). Familia. Vivencias de la esterilidad en parejas que no tienen hijos. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

Porter, J. F., Stapes, C. R. & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.

Rendón Arango., M. I., (2007) Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*. Vol. 3, número 002. Universidad Santo Tomas. Bogotá, Colombia. Pp. 349-363.

Olivares Rodríguez, J., & Méndez, Carrillo, F.J., (1999), Técnicas de Modificación de conducta, 2da. Edición, editorial biblioteca nueva Madrid. Pp. 488.

Rehm, L.P. (1977) A self-control model of depression. Behav Therapy; 784-804.

Silva, J. C. (2003) Biología de la Regulación Emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. Laboratorio de Neurociencia Afectiva y Psicopatología Vol.22, N° 1, 163-172. Facultad de Psicología Universidad Mayor, Chile.

Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G. Derose, T., Illes, R. y Reyes, W., (2008). Behavioral Activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45, 173-185.

Sáenz, J. y Vásquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías Psicológicas. En A Belloch, B Sandin, y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología. Vol. 2 (pp. 341-378) Madrid: McGraw Hill-ISBN: 84-7786-000-6

Spates, Pagotto, Yalata., (2006) A qualitative and quantitative review of behavioral activation. Treatment of major depressive disorder. [Documento electrónico] Obtenido en: http://findarticles.com/p/articles/mi_6884/is_4_7/ai_n28460990/pg_3/?tag=untagged

Seligman, M. E. P. (1968) Chronic fear produced by unpredictable electric shock. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 66, 376-188.

Seligman, M. E. P., y Binik, Y. (1977). The safety signal hypothesis. en H.Davis y H. M. B. Hurwitz (Eds.), Pavlovian-operant interactions (pp.165-187). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Valladares. T. Dila. J. A. Sacristán., (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Departamento de Investigación Clínica Lilly, S.A. Madrid. España.

Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., Nieto, M., (2005) Evaluación de la Depresión. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. 28223-Madrid. En V. Caballo (ed.), (2005, en prensa). Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos. Madrid: Pirámide. pp 1-32.

Vázquez, F. L., Muñoz, F. Becoña., (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos tratamiento a finales del siglo XX. Psicología Conductual, Vol. 8, N° 3, pp. 417-449. Galicia España.

Vázquez González, F. L., (2002), La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Vol. 14, n° 3, pp. 516-522. Universidad de Santiago de Compostela. Psicothema.

Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo L, L. M., Cadena, J., Anaya, J. M., (2005). Autoeficacia, Desesperanza Aprendida e incapacidad Funcional en Pacientes con Diagnostico de Artritis Reumatoide. International Journal of Clinical and health Psychology. Vol 5. Un.001. Asociación Española de Psicología Conductual.(AEPC). Granada España. pp. 129- 142.

Taylor, G.J. Bagby, R.M. y J.D.A. Parker., (1997) "Disorder of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, "

Wheaton, B. (1996). The domains and boundaries of stress concepts. En H.B. Kaplan (Ed.), psychosocial stress (pp. 2970). San Diego, C.A.: Academic Press.

Yáñez, Galicio. J., (2005), competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis de preliminar. Terapia psicológica. Vol. 23. Número 002. sociedad chilena de psicología clínica. Santiago de Chile. Pp.85-93.

Anexos

Anexo A***Autorregistro***

Instrucciones: A continuación deberá registrar en las casillas correspondientes, según las instrucciones dadas por el terapeuta, de la manera más honesta.

NOMBRE _____ FECHA _____

Descripción de la situación	¿Qué siente?	¿Qué piensa?	¿Qué hace?	¿Qué pasa después?	Intensidad de la Emoción (1 – 10)

Anexo B

Inventario de Rathus

formadas por estudiantes universitarios, en las que les resultaba difícil comportarse asertivamente.

Instrucciones

Se pide al sujeto que indique hasta qué punto las siguientes frases son descriptivas o características de él mismo. Para ello debe utilizar el siguiente código:

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico en mí, extremadamente no descriptivo.

Lista de ítems

1. La mayoría de la gente parece ser más agresiva y asertiva que yo.*
2. He dudado en proponer o aceptar citas debido a mi «timidez».*
3. Cuando la comida que me sirven en un restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo de ello al camarero o camarera.
4. Pongo mucho cuidado en evitar herir los sentimientos de los demás, incluso cuando siento que me han herido.*
5. Si un vendedor se ha tomado mucha molestia en enseñarme un producto que no es demasiado apropiado, me encuentro en dificultades para decir «No».*
6. Cuando me piden que haga algo, insisto en saber por qué.
7. Hay veces en que busco una buena discusión.
8. Me esfuerzo por mantenerme en cabeza, como la mayoría de la gente de mi posición.
9. Sinceramente, a menudo la gente se aprovecha de mí.*
10. Disfruto entablado conversaciones con nuevas amistades o extraños.

11. Frecuentemente no sé qué decir a las personas atractivas del sexo opuesto.*
12. Dudo cuando he de telefonar a empresas e instituciones.*
13. Preferiría opositar a un trabajo o a la admisión en un colegio universitario escribiendo cartas antes que a través de entrevistas personales.*
14. Encuentro embarazoso el devolver algún producto que he comprado.*
15. Si algún pariente cercano y respetable me molestara, contendría mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.*
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.*
17. Durante una discusión, hay veces que temo desencajarme tanto como para perder los estribos.*
18. Si un conferenciante famoso y respetado afirma algo que creo que es incorrecto, haré llegar también mi punto de vista a la audiencia.
19. Evito discutir sobre precios con dependientes y vendedores.*
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, me las arreglo para que los demás se enteren.
21. Soy abierto y franco acerca de mis sentimientos.
22. Si alguien ha estado difundiendo historias malas y falsas sobre mí, trato de verle tan pronto como pueda para «tener una charla» sobre el tema.
23. Suelo pasarlo mal al decir «No».*
24. Tiendo a contener mis emociones antes de montar una escena.*
25. Me quejo del servicio deficiente en un restaurante y donde haga falta.
26. Cuando alguien me hace un cumplido, a veces simplemente no sé qué decir.*
27. Si dos personas cerca de mí en un teatro o una conferencia mantienen una conversación en tono más bien alto, les pido que se callen o que continúen su conversación en otra parte.
28. Cualquiera que intente adelantarme en una cola, va apañado.
29. Soy rápido en expresar mi opinión.
30. Hay veces en que simplemente no puedo decir nada.*

*Anexo C**Programa de Actividades de Dominio y Agrado*

Tareas	Hora	Si	No	Calificación de 1-5	¿Cómo Se Sintió?	¿Qué se le Difículto?	¿Qué Pensó Después de Hacerlo?
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							

17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							

Anexo D

Consentimiento Informado

Yo, _____ identificada con C.C. _____ ,
expedida, en _____ , _____, en mi calidad de Paciente, expongo de manera
voluntaria que acepto Mi participación en el proceso terapéutico e investigativo con la psicóloga
_____ identificada con CC. _____ de
_____, quien es candidata a especialización en Psicología Clínica,
Comportamental Cognoscitiva de la Pontificia Universidad Javeriana, Extensión Ibagué, y su
proceso se encuentra bajo la supervisión de la Docente,

Tengo conocimiento que las acciones de la Psicóloga,
_____, se encuentran en el marco legal de la Ley 1090 de
2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código
deontológico y Biótico y otras disposiciones.

En este marco certifico que me informaron que:

Mi identidad se encontrará en absoluta reserva, si se realiza una publicación pueden ser usados
siglas o nombres que no se relacionen con la verdadera identidad.

El contrato de confidencialidad se encuentra sujeto a la no vulneración de mi integridad, en
tanto, si en alguna circunstancia mi vida, se encuentra vulnerada, la psicóloga, en el marco de su

ejercicio profesional, se encuentra obligada a realizar los trámites correspondientes que garanticen la protección de los implicados.

Las sesiones serán grabadas y/o filmadas para lograr la validez del proceso académico y la credibilidad necesaria para realizar un adecuado trabajo educativo, investigativo y terapéutico.

Posterior al proceso de evaluación y acorde con los requerimientos del caso se realizará la retroalimentación correspondiente con el usuario.

La información obtenida en el proceso, será utilizada con un fin exclusivamente educativo y solo puede ser divulgada en el marco de este mismo contexto bajo la supervisión de la profesional encargada del proceso.

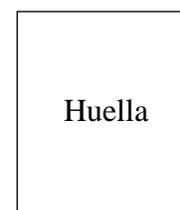
La participación es completamente voluntaria, y puedo retirarme del proceso en el momento en que lo consideremos necesario y/o pertinente, y no recibiré ninguna sanción y/o implicación por dicha decisión.

Si decido participar, las sesiones se desarrollarán en: (Dirección)
_____ los días, _____ en la jornada _____

En constancia de lo anterior,

Firma _____

CC _____ de _____



*Anexo E**Contrato Conductual*

Yo, _____, con Cedula de Ciudadanía número _____, Me comprometo asistir a las sesiones programadas dentro del proceso terapéutico, a llegar cinco minutos antes de la sesión; realizar las tareas y actividades asignadas, comunicar sus inquietudes e incomodidades, si no puede asistir avisar como mínimo 24 horas antes su dificultad o inconveniente.

Así mismo el terapeuta se compromete a ser puntual en las sesiones como: inicio, culminación, asistir a las citas programadas, emplear técnicas y métodos de evaluación validados y pertinentes, retroalimentar el proceso terapéutico al finalizar cada sesión.

Si no se diera cumplimiento de condiciones como asistencia, puntualidad, compromiso, el proceso podrá suspenderse.

Firma _____

C.C.