



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**Activación Conductual: Ejecución de actividades artísticas  
para la atención de la depresión en adolescentes.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

Franco Moreno América Geneva

**Directora:** Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

**Dictaminadores:** Mtro. Leonardo Reynoso Erazo  
Lic. Antonio Rosales Arellano

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2019





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# *Agradecimientos*

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme un lugar en donde me desarrollé personal y profesionalmente.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por otorgarme excelentes clases, profesores y amigos.

Mamá, gracias por enseñarme que, con esfuerzo, dedicación y trabajo, se puede lograr cualquier cosa. Por el amor y cariño que me diste toda la vida, por los sacrificios que hiciste para que yo siempre tuviera lo mejor, aquellos días difíciles siempre se convertían en algo pasajero porque estábamos juntas. Estando contigo y con Janice, esa canina loca y siempre alegre, los días pasaban siendo una oleada de risas e historias, algo que siempre llevo en mi memoria.

Papá, gracias por estar conmigo, por aquellos días donde reíamos juntos por cosas triviales y por apoyarme en las últimas etapas escolares.

A mi familia, siempre recibí apoyo de ustedes cuando lo necesité, amor jamás me faltó; aquellas fechas donde estuvimos todos juntos nunca las olvidaré. Todas las alegrías, los fracasos y aprendizajes los llevo conmigo día con día. Siempre hemos destacado por ser independientes y sabemos que a pesar de no vernos por un largo tiempo siempre estaremos ahí cuando lo necesitemos.

Diana, mi mejor amiga, por 8 años de estar conmigo a pesar de las dificultades, tiempo y distancia que nos separa, por el apoyo incondicional que siempre me das, por las palabras de aliento y animo cuando lo necesito, por las conversaciones tan graciosas que me brindas.

Karen, Lalo, Alondra y Felipe, por recorrer este camino juntos en FESI, por el apoyo y ayuda que me han dado, por las risas en los pasillos, por las comidas y convivencias, por las tareas en equipo bien hechas, por la vida de universitarios que compartimos cada día.

Víctor, mi novio, por el apoyo que me brindaste cuando más lo necesité, el amor, cariño y comprensión que todos los días me das, por hacerme feliz cada minuto que paso a tu lado, porque desde que te conocí nunca me he sentido sola o abandonada y siempre estás a mi lado, porque me procuras y cuidas sin dudar, y por amarme.

A la Mtra. Ana Leticia Becerra, por su comprensión y paciencia, por enriquecer mi conocimiento con todas sus enseñanzas, por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado, por esas clases tan excelentes, por ser mi guía y hacer posible este proyecto innovador, por ser la mejor profesora que he tenido a lo largo de mi vida escolar. Es una maravillosa persona y un gran modelo a seguir.

Al Mtro. Leonardo Reynoso y al Lic. Antonio Rosales, por formar parte de este proyecto tan importante para mí.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	3
<b>Justificación</b>	5
<b>Capítulo 1. Depresión</b>	8
1.1 Conceptualización de la depresión	8
1.2 Modelos teóricos de la depresión	10
1.3 Características de la depresión	23
1.4 Tratamiento para la depresión	27
1.4.1 Tratamiento farmacológico	27
1.4.2 Tratamiento no farmacológico	28
1.4.2.1 Terapia Cognitivo-Conductual	29
1.4.2.2 Terapias de Tercera Generación	30
1.5 Adolescencia y depresión	32
<b>Capítulo 2. Activación conductual</b>	35
2.1 Definición de la activación conductual	36
2.2 Antecedentes teóricos	38
2.3 Propuestas teóricas	41
2.4 Características y componentes	46
2.5 Técnicas de intervención	49
2.6 Activación conductual en adolescentes	55
<b>Capítulo 3. Arte: definición, clasificación y su relación con la depresión</b>	58
3.1 Definición de arte (actividades artísticas)	58
3.2 Clasificación de las artes	59
3.3 Actividades artísticas y depresión en adolescentes	61
<b>Conclusiones</b>	70
<b>Referencias</b>	73

## RESUMEN

La depresión es considerada como un trastorno, enfermedad o síndrome grave de importancia debido a que afecta a la mayoría de la población mundial y puede coadyuvar en la aparición de ideas y comportamientos suicidas. La depresión es tratada mediante el uso de medicamentos y con tratamiento psicológico utilizando la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y las terapias de tercera generación de donde proviene la Activación Conductual (AC). Esta terapia tiene como objetivo incrementar el contacto con fuentes de reforzamiento positivo a través de actividades agradables y ha mostrado evidencia de su efectividad en adolescentes con depresión. En la AC existen diversas áreas en las que se puede incidir, una de ellas son los hobbies o actividades recreativas razón por la cual el objetivo de este trabajo fue identificar las características de la activación conductual centrada en la ejecución de actividades artísticas para la atención de la depresión en esta población.

**Palabras clave:** Depresión, Activación Conductual, actividades artísticas.

## ABSTRACT

Depression is considered as an important, syndrome disorder or disease due to its affecting most of the world population and it may influence in the appearance of suicidal ideas or behaviors. Depression is treated through medication and psychological treatment using behavioral cognitive therapy and third generation therapies such as behavioral activation therapy (BAT). This therapy has as its goal to increase the contact with sources of positive reinforcement through pleasant activities and it has shown its effectiveness in teenagers suffering depression. There are several areas in BAT; one of them is hobbies or leisure activities, which is why the objective of this study is to identify the characteristics of BAT focused in artistic activities for the treatment of depression in this population.

**Keywords:** depression, behavioral activation artistic activities

## INTRODUCCIÓN

En ocasiones las personas suelen decir que se sienten tristes o melancólicas, y aunque estos sentimientos pueden ser pasajeros, generalmente pueden inferir que lo que padecen es un trastorno depresivo. Es importante señalar que la depresión es distinta a solo sentirse triste, ya que ésta interfiere en las actividades cotidianas causando una pérdida de interés ante la vida (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006). La depresión se asocia con diferentes aspectos, tales como el deterioro en las relaciones familiares, de amigos o pareja, un bajo rendimiento educativo y nivel socioeconómico, además de generar un mayor riesgo de mortalidad temprana por el suicidio (Hammen, Brennan, & Keenan-Miller, 2008; Weissman, Wolk, Goldstein, Moreau, Adams, Greenwald & Wickramaratne, 1999 como se citó en Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz & Bolano, 2017). De acuerdo con el National Institute of Mental Health ([NIMH], 2009) no existe alguna causa única que pueda generar la depresión, más bien es el resultado de la combinación de factores genéticos, físicos, psicológicos, sociales y cognitivos.

La depresión puede estar presente en personas que tengan cualquier rango de edad, desde la infancia hasta la vejez. Weersing et al. (2017) mencionan que a pesar de todas las adversidades que tiene la vida, la depresión parece ser un trastorno con mayor frecuencia en la juventud. Lewinsohn, Clarke, Seeley y Rohde (1994) afirman en su estudio “Major Depression in Community Adolescents: Age at Onset, Episode Duration and Time to Recurrence” que el riesgo de presentar un Trastorno Depresivo Mayor (TDM), es bajo en la infancia, pero va aumentando en

la adolescencia. La mayoría de los episodios depresivos en los adolescentes son breves, aunque el riesgo de ocurrencia es muy probable. Cabe destacar que encontraron que los comportamientos suicidas son importantes mediadores en la duración del episodio y de la recaída, ya que mayoría de los eventos suelen estar acompañados de este tipo de pensamientos.

El análisis que ofrezco, consta de varios puntos desarrollados, iniciando con la definición de la depresión, sus modelos teóricos, sus características, los tipos que existen, la relación de ésta con los adolescentes, así como los tipos de tratamiento que se ofrecen. Posteriormente se expone una técnica que corresponde a las terapias de tercera generación, la Activación Conductual (AC), su definición, los antecedentes teóricos, propuestas teóricas y sus características. Continuando se revisa la aplicación de la AC en los adolescentes y finalmente se ofrece información del arte, su definición, clasificación y se describe la importancia de realizar actividades artísticas durante la adolescencia y su efecto positivo para controlar y prevenir las respuestas depresivas en esta población.

## JUSTIFICACIÓN

La depresión se ha convertido en un problema de gran impacto a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018) afecta a más de 300 millones de personas, y se ha convertido en la principal causa de discapacidad en adultos y en jóvenes. Este trastorno contribuye a la presencia de ideas de muerte y en casos extremos, el suicidio. Presenta diferentes síntomas como sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad para concentrarse, fatiga, ansiedad, alteración en el sueño y apetito y pérdida de interés en las actividades diarias, por lo que existen variaciones en el estado de ánimo y puede llegar a ser un problema de salud si es de larga duración o si la intensidad de los síntomas aumenta. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2000), en ese mismo año la población mexicana presentó trastornos muy comunes de los 23 establecidos por la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición); los trastornos afectivos (9.1%), que abarcan los episodios mayores y menores de depresión, ocuparon el segundo lugar durante los últimos 12 meses después de la realización de la encuesta. Medina et al. (2003) al analizar los resultados por sexo, en esta encuesta encontraron que las mujeres presentan estos episodios con más frecuencia (4.5%) a diferencia de los hombres (2.3%).

La presencia de los síntomas de la depresión aumenta con la edad, debido a que pueden surgir dificultades en los factores sociales, biológicos y psicológicos; pero es de importancia señalar que en los niños y adolescentes este trastorno va en aumento. Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2016) menciona que en el grupo de niños de 7 a 14 años de edad (18.35 millones)

los síntomas afectan al 24.41%, por otra parte, el grupo de adolescentes y adultos de 15 a 29 años de edad (30,75 millones) afecta al 48.75%. La tasa de suicidios es equivalente a 800 000 personas, la cual por sexo es de 8.5 % por cada 100 000 hombres y 2.0 % por cada 100 000 mujeres. Además, es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años, por lo tanto, es prioritario atender de manera adecuada y preferente al grupo de los adolescentes para evitar que los síntomas puedan generar consecuencias irreversibles.

Existen diferentes tipos de tratamientos para la depresión, dependiendo si es leve, moderada o grave según los síntomas y la duración. Puede ser el uso de medicamentos (antidepresivos), que normalizan las sustancias químicas del cerebro como la serotonina, norepinefrina y la dopamina, las cuales participan en la regulación del estado de ánimo. También se ofrece un tratamiento psicológico como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que tiene como objetivo modificar aquellos pensamientos y conductas que se consideran como la causa del problema (Bianchi & Henao, 2015) y finalmente las técnicas de tercera generación, de las cuales se deriva la Activación Conductual (AC), que es un tratamiento con fundamentación teórica, estructurada y que cuenta con apoyo empírico el cual la hace una terapia muy eficaz para las personas con trastorno depresivo (Barraca, 2016), además de replantear y enfatizar el contexto, el cual tiene como tarea principal la desmedicalización de los problemas psicológicos y en particular la depresión.

Al respecto, la división 12 de la American Psychological Association ([APA], 2018) afirma que la AC tiene como meta incrementar actividades que son percibidas como gratificantes y que puedan generar un reforzamiento positivo. Realizar estas actividades se traduce en consecuencias positivas del medio donde se encuentre el paciente, en las interacciones sociales con otras personas que a su vez pueden generar un cambio interno como una mejora del estado de ánimo (Bianchi & Henao, 2015).

La AC contiene algunas características clave, como una orientación de los fundamentos y componentes del tratamiento, la identificación de objetivos y actividades que son reforzantes para el paciente, un seguimiento cuidadoso del estado de ánimo del paciente en la ejecución de las actividades agradables, identificación de patrones de evitación que bloquean el logro de los objetivos y formular estrategias para involucrar al individuo a un afrontamiento que aumente las conductas que son reforzadas (Wagner, Zatsick, Ghesquiere & Jurkovich, 2007).

Se han desarrollado investigaciones para evaluar el efecto de la activación conductual en población adolescente, sin embargo, no se han llevado a cabo en población mexicana. Es por ello que una intervención basada en la activación conductual centrada en la ejecución de comportamientos de índole recreativo y artístico en población adolescente con depresión, podría resultar en la elaboración de propuestas e incluso programas institucionales que coadyuven en el tratamiento y prevención de este tipo de trastornos del estado de ánimo.

# CAPÍTULO 1

## DEPRESIÓN

### 1.1 Conceptualización de la depresión

La depresión tiene diferentes definiciones, en donde se agrupan diversos conceptos para describirla, como trastorno, síndrome e incluso la han llamado enfermedad mental.

Para Almudena (2009) se define como un trastorno, el cual es recurrente y ocasiona una variación en el estado de ánimo de tipo “depresivo”, que se refiere a la tristeza y es acompañado de ansiedad y otros síntomas como la inhibición, una sensación de vacío, desinterés general, sentimientos de culpa, alteraciones fisiológicas en el apetito, sueño y en la motricidad, ideas de muerte, e incluso pueden ocurrir intentos de suicidio en el peor de los casos.

Murray y López (1996) también consideran que la depresión es un trastorno psiquiátrico y que además es prevalente y grave, como una enfermedad invalidante en personas adultas.

Una definición que habla acerca de la depresión como un síndrome es la que ofrecen Hollon y Beck en 1979 (como se citó en Almudena, 2009) estos autores definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Ellos consideraron que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2006) la definen como un síndrome o una agrupación de síntomas afectivos como tristeza, decaimiento o irritabilidad, aunque también están presentes algunos síntomas cognitivos o incluso somáticos. Estos autores sugieren que la queja principal de la depresión es el desinterés por la vida, en lugar de solo tristeza o un bajo estado de ánimo como lo mencionan la mayoría de las definiciones.

Por otro lado, Dahab, Rivadeneira y Minici (2007) señalan que la depresión es uno de los motivos principales por los que las personas van a consulta psicológica, ya que ocasiona un deterioro en la calidad de vida y que puede llegar a generar acciones irremediables como el suicidio.

La American Psychiatric Association ([APA], 2013) define la depresión como un trastorno caracterizado por un bajo estado de ánimo y de energía, autoestima negativa y poco interés en actividades que se consideran placenteras usualmente.

Similar a lo antes mencionado, la Mental Health America ([MHA], 2019) expone que la depresión es una enfermedad mental común, que afecta el modo de sentir y pensar, además puede presentar otros síntomas como ansiedad, pérdida de apetito, deseos de alejarse de la familia o amigos y falta de interés en realizar las actividades cotidianas, además puede recrudecer condiciones médicas y llegar al suicidio.

En contraste con lo anterior, Botto, Acuña y Jiménez (2014) explican que la depresión es una enfermedad crónica y cada vez más recurrente que requiere un

tratamiento a largo plazo, además debe ser comprendida en un contexto de espectro de trastornos afectivos a través de manifestaciones psicopatológicas.

En la tabla 1 se muestran las características de las diferentes definiciones que conceptualizan la depresión.

Tabla 1

*Diferencias entre las conceptualizaciones de la depresión.*

Conceptualización	Características
Trastorno	Conjunto de síntomas afectivos.
Síndrome	Conjunto de síntomas en diversos ámbitos como afectivo, cognitivo y somático, la queja principal es el desinterés por la vida.
Enfermedad mental	Afecta la forma de sentir y pensar, generando un deterioro en la calidad de vida.

Nota: Elaboración propia

## 1.2 Modelos teóricos psicológicos de la depresión

### **Modelo Cognitivo.**

#### ***Terapia Cognitiva para la Depresión de Beck***

Para el Dr. Aaron Beck, psiquiatra norteamericano, la depresión se origina porque la persona tiene una visión negativa del mundo. Este modelo surge de observaciones clínicas e investigaciones experimentales. Contiene tres conceptos que explican la depresión, los cuales son: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos, también llamados distorsiones cognitivas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Riso 2006 (como se citó en Valencia, 2019) afirma que la terapia cognitiva puntualiza que su principal interés de trabajo se encuentra en la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, además de valorar la relación existente entre ellos, con las distorsiones cognoscitivas, con las emociones y con el comportamiento. Además, indica que el tratamiento se enfoca en identificar y corregir las estructuras de procesamiento de información que contienen pensamientos, emociones, valores y creencias.

A continuación, se explicarán los componentes de la depresión en la terapia cognitiva.

#### *Triada cognitiva.*

La tríada cognitiva tiene patrones cognitivos que se mantienen en el pensamiento del paciente sus ideas del futuro, experiencias y a sí mismo de una manera negativa (figura 1).

El primer elemento se trata de la visión negativa que tiene el paciente de sí mismo, donde se considera sin valor alguno, como un desgraciado, torpe, enfermo y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo de cualquier tipo, además de que tiende a subestimarse o criticarse a sí mismo y debido a esto piensa que no tiene las características que puedan hacer que se sienta feliz o alegre. El segundo elemento habla sobre la tendencia del paciente de interpretar sus experiencias de manera negativa, con relaciones de frustración y se pueden observar cuando el mismo las encamina a parecer malas aun cuando se pudieran hacer interpretaciones más aceptables; opina que el medio le exige demasiado y

que además le presenta obstáculos para que no pueda lograr sus objetivos. El tercer elemento, trata sobre la visión negativa del futuro, ya que anticipa algunas dificultades que obstaculizarán sus logros y que además no sabe cuándo van a terminar. Cuando piensa en hacerse cargo de alguna tarea en un futuro inmediato, sus expectativas son de fracaso (Beck et al., 2010).

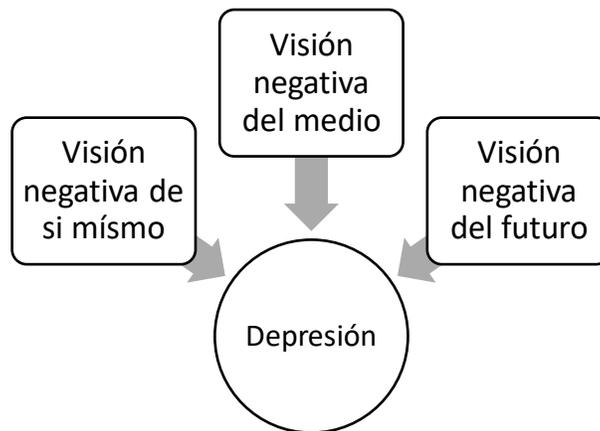


Figura 1. Esquema de la triada cognitiva. Elaboración propia.

### *Esquemas.*

Beck, et al. (2010) afirman que los esquemas o la organización estructural del pensamiento depresivo, es el segundo componente del modelo cognitivo. Este concepto es utilizado para explicar porque se mantienen actitudes que lo llevan al sufrimiento y que además son contraproducentes para el paciente, incluso aunque haya evidencia de que existen factores positivos en su vida, atiende a estímulos muy específicos, los combina y conceptualiza la situación. Rivadeneira, Dahab y Minici (2013) definen los esquemas como un conjunto de ideas particulares con las cuales las personas dan un sentido o significado a las diferentes situaciones vitales, es decir, regulan las interpretaciones de la vida cotidiana. La información

de los esquemas se almacena en la memoria a largo plazo mediante proposiciones generales, juicios y suposiciones distorsionadas, los cuales tienen reglas para una autoevaluación (Figuroa, 2002).

Los esquemas que se emplean determinan la estructura de las experiencias, éstos pueden permanecer inactivos durante un tiempo y pueden ser accionados por algún evento ambiental específico, cuando esto sucede pueden definir la manera en que puede responder una persona. En la depresión las conceptualizaciones se distorsionan y crean esquemas que no son adecuados, cuando es una depresión leve solo contempla sus pensamientos, pero con objetividad, sin embargo, al ir aumentando, sus pensamientos se vuelven más negativos a pesar de que no exista alguna relación con una situación real, al ocurrir esto cada vez el paciente es menos capaz de pensar que esas ideas son un error, a tal grado de ya no poner atención a estímulos externos como realizar alguna actividad diaria (Beck et al., 2010; Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

#### *Errores cognitivos o distorsiones cognitivas.*

Los errores cognitivos que se presentan en el pensamiento de una persona con depresión, mantienen la creencia de conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia que muestre lo contrario, pueden ser debido a los siguientes procesos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista dicotómico.

En la tabla 2, se presentan las distintas estructuras que componen el procesamiento cognitivo de la depresión y sus características.

Tabla 2

*Procesamiento cognitivo de la depresión.*

Estructura	Características
Triada cognitiva	Creencias sobre sí mismo, el mundo y el futuro.
Esquemas	Maneras de organizar e interpretar las experiencias.
Distorsiones cognitivas	
• Inferencia arbitraria	Sacar una conclusión específica sin evidencia suficiente.
• Abstracción selectiva	Focalizarse en un solo detalle ignorando otros aspectos más importantes de una experiencia.
• Generalización excesiva	Llegar a conclusiones basadas en experiencias muy limitadas y estrechas.
• Maximización y minimización	Sobrevalorar o infravalorar el significado de un suceso particular.
• Personalización	Tendencia a auto-referir los sucesos externos sin base suficiente.
• Pensamiento absolutista o dicotómico	Tendencia a colocar las experiencias en categorías como “todo” o “nada”

Nota: Adaptado de “La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor” por G. Figueroa, 2002, *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40(1), 46-62.

### **Modelos Conductuales.**

Las aproximaciones de corte conductual son caracterizadas por tomar en cuenta la metodología científica, confiando en los hallazgos empíricos de la psicología experimental centrando su atención en el repertorio conductual más que en la historia de reforzamiento. Este modelo afirma que la depresión es aprendida y tiene una relación con interacciones negativas entre el individuo y su entorno como algunas relaciones sociales negativas que pueden estar influenciadas por

las cogniciones, emociones y conductas, además estos factores son recíprocos (Vázquez et al., 2000). En relación con lo anterior, Skinner 1953 (como se citó en Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008 p.5) afirma lo siguiente “Si eliminamos a un hombre de su entorno característico, una gran parte de su comportamiento social no puede emitirse y, por lo tanto, puede volverse cada vez más probable [...] resultado de la privación. Pero la nostalgia es también una condición emocional en la que hay un debilitamiento general de otras formas de comportamiento, una “depresión” que puede ser bastante profunda. No podemos clasificar esto como el resultado de la privación porque el comportamiento que se ve afectado no se ha restringido específicamente”.

A continuación, se realiza una descripción general de los diferentes modelos de corte conductual.

### ***Modelo de reducción de reforzamiento positivo de Ferster***

Ferster (1965) decía que la principal característica de la depresión es una reducción en la frecuencia de conductas reforzadas positivamente y en lugar de esto, se produce un exceso de conductas de evitación para los estímulos aversivos (figura 2).

Vázquez y Sanz (1991) señalan que este modelo presenta algunos procesos que pueden explicar la depresión:

1. Que ocurran cambios en el medio, que sean inesperados y rápidos, que causen pérdidas de una fuente de refuerzo o de estímulos discriminativos importantes.

2. Programas de reforzamiento que requieran de grandes cambios de conducta y produzcan consecuencias en el medio.
3. Que exista una imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales por la implementación de un proceso donde la baja tasa de refuerzos positivos la cual causa una reducción de conductas adaptativas, lo que supone una mala adaptación al medio, y a su vez produce una nueva reducción conductual.
4. Repertorios de observación que pueden llevar a las personas con depresión a distorsionar la realidad y a un escaso reforzamiento en algunas conductas.



*Figura 2.* Modelo explicativo de Ferster. Adaptado de “Classification of Behavior pathology”, por C. Ferster, 1965, En U. Krasner. Research in Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart y Winston.

### ***Modelo de reducción de reforzamiento positivo de Lewinsohn***

El modelo propuesto por Lewinsohn para explicar la depresión se sustenta en la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Youngren, & Grosscup, 1979; Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1978). Se cree que la depresión es el resultado de una reducción en el refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El refuerzo positivo que obtiene una persona, lo consigue en función del número de situaciones que son potencialmente reforzantes, el número de hechos que son reforzadores y el conjunto de habilidades que pueden fungir como un reforzador para sus conductas. Los factores cognitivos como el pesimismo, baja autoestima, tristeza, o culpabilidad son atribuciones que una persona hace acerca de su sentimiento.

La depresión ocurre como resultado de factores ambientales y disposicionales, es decir, un cambio iniciado por el ambiente en la conducta, afecto y cogniciones. (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997).

En la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencial que provoca la depresión e interrumpe los patrones de conducta automáticos, teniendo como resultado una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. A su vez se produce un aumento de la atención hacia uno mismo, la autocrítica, expectativas negativas y disforia con consecuencias conductuales, cognitivas e interpersonales (figura 3). Lewinsohn (1974) menciona que la pérdida o falta de reforzamiento positivo contingente a la

conducta constituiría la causa principal de la depresión, la cual podría ocurrir por los siguientes factores:

- a. Ambiente que no proporciona el reforzamiento positivo suficiente.
- b. Carencia de habilidades sociales para obtener un reforzamiento positivo de un ambiente.
- c. Incapacidad para disfrutar de los reforzadores positivos disponibles por la ansiedad social que pueda presentarse.

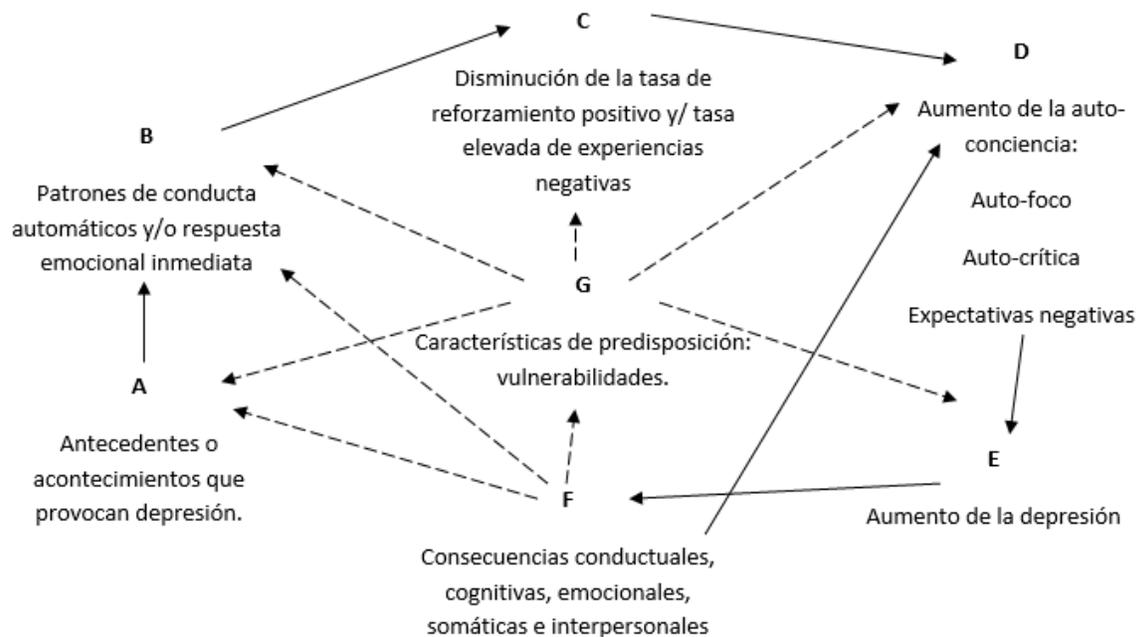


Figura 3. Modelo explicativo de Lewinsohn y colaboradores. Adaptado de “An integrative theory of unipolar depression” por P. Lewinsohn, H. Hoberman, L Tery & M. Hautzinger, 1985, En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavioral therapy (pp. 313-359), Nueva York: Academic Press.

Finalmente, Lewinsohn señalaba algunos factores que mantenían la depresión a corto y largo plazo. A corto plazo, la depresión perdura al provocar o suscitar un refuerzo social positivo de parte del medio social como una forma de simpatía y a

largo plazo, la depresión puede llegar a ser aversiva para el medio social donde interactúa, el cual evita la persona deprimida. Es así como el reforzamiento se ve reducido y se establece un espiral que sustentan los síntomas depresivos.

### ***Modelo de la pérdida de interés de Costello***

Costello (1972) señala que la característica principal de la depresión es la pérdida de interés por el medio que les rodea, y que ésta se puede explicar por una ausencia de la efectividad de los reforzadores que integran la causa que sea suficiente y necesaria para tener depresión, las cuales pueden ser por cambios internos bioquímicos o neurofisiológicos o por la pérdida de algún estímulo condicionado o discriminativo que formen parte de una cadena conductual.

### **Modelo Cognitivo-Social.**

### ***Modelo de indefensión aprendida de Seligman***

Estos modelos se refieren a constructos que se desarrollaron en la Psicología Social, entre los cuales se encuentra el modelo de indefensión aprendida y su reformulación, que han constituido uno de los planteamientos teóricos más atractivos en la investigación sobre la depresión

El modelo de indefensión aprendida según Seligman (1975) señaló que la depresión puede ser causada debido a que el individuo no pueda ser capaz de discriminar una relación contingencial de su conducta y las consecuencias, ya sean positivas o negativas. Es por esto que lo denominó como indefensión aprendida. Esta última se refiere a un estado de pasividad que se genera en un proceso donde no existe alguna contingencia, además puede ser causa suficiente

para la aparición de depresión y puede generar una historia de fracasos en el control de algunas situaciones y una historia de reforzamiento que no haya permitido que se tenga un aprendizaje de las aptitudes necesarias para controlar el ambiente (Vázquez & Sanz, 1991; Vázquez & Polaino, 1982).

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) señalaron que el modelo de indefensión aprendida tenía algunas deficiencias, tales como, que no explicaba la baja autoestima, la cronicidad y generalización de los déficits depresivos y el estado de ánimo como un síntoma de la depresión. Debido a esto, reformularon la teoría de Seligman y retomaron las atribuciones sobre la causa de la indefensión, las cuales ahora podían ser debido a una dimensión interna-externa, global-específica o estable-inestable. Donde si no existe un control en el factor interno se produce un declive de la autoestima, en los factores estables se pueden generar déficits depresivos por una expectativa de no poder controlar situaciones futuras y ser indefenso. Finalmente, el factor global puede permitir que existan expectativas de incontrollabilidad de situaciones en el presente, al igual que déficits, pero ahora se generalizarían a otras situaciones (Vázquez & Sanz, 1991).

### **Modelo Cognitivo-Conductual.**

#### ***Modelo de autocontrol de Rehm***

En 1977, Rehm, realizó un modelo donde trataba de integrar las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman, y adaptarlo a un modelo de auto-control. Este modelo se trata acerca de una diátesis-estrés, es decir, un déficit en el repertorio de conductas de auto-control que puede interactuar con la pérdida de reforzadores

externos y generar un episodio de depresión. Los déficits pueden combinarse con otros, como en las conductas de auto observación ya que se presenta mayor atención a situaciones negativas y a las consecuencias inmediatas que a las de largo plazo. Por otra parte, en las conductas de auto evaluación, se presentan criterios muy estrictos además de errores para atribuirse a sí mismo como factores internos, estables y globales para los negativos, como señaló Seligman en su modelo. Y en las conductas de auto reforzamiento existe la administración de insuficientes recompensas o de excesivos castigos por parte del individuo.

Los déficits que se mencionaron pueden generarse en el transcurso de socialización con una persona y parecen tener características estables que pueden ser detectadas y preceden un episodio depresivo.

### ***Modelo de auto eficacia de Bandura***

Este modelo contiene dos conceptos clave que integran su teoría general de auto eficacia: las expectativas de resultado y las de eficacia. Las primeras se refieren a la creencia de una persona acerca de las consecuencias que produzca una conducta, mientras que las segundas plantean que se tiene una creencia de realizar con éxito algún comportamiento para obtener un determinado resultado (Bandura, 1986 como se citó en Vázquez y Sanz, 1991). Según este autor, las causas de la depresión son la presencia de bajas expectativas de eficacia, altas expectativas de resultado y una valoración muy alta de los resultados esperados; además afirma que la característica principal de la depresión es un auto menosprecio crónico.

En la tabla 3 se pueden observar los diferentes enfoques de la depresión, así como sus características y las principales premisas de los modelos.

Tabla 3

*Modelos psicológicos de la depresión.*

Enfoque del modelo	Autor	Año	Nombre del modelo	Premisas del modelo
Cognitivo	Beck	1967, 1979, 1983, 1987	Modelo Cognitivo de la Depresión	Triada cognitiva Esquemas Distorsiones cognitivas
Conductual	Ferster	1973	Modelo de reducción de reforzamiento positivo	Reducción de reforzamiento positivo Cambios en el medio Distorsión de la realidad Imposibilidad de desarrollo de repertorios conductuales
	Lewinsohn	1974	Modelo de reducción de reforzamiento positivo	Falta de reforzamiento positivo contingente Factores ambientales y disposicionales Secuenciación de conexiones causales
	Costello	1972	Modelo de la pérdida de interés	Ausencia de efectividad de los reforzadores positivos
Cognitivo Social	Seligman	1975	Modelo de indefensión aprendida	Ausencia de relación contingencial Factores interno-externo, global-específico y estable-inestable
	Bandura	1986	Modelo de autoeficacia	Bajas expectativas de eficacia, altas expectativas de resultado y una valoración muy alta de los resultados esperados de una conducta. Auto menosprecio crónico
Cognitivo Conductual	Rehm	1977	Modelo de autocontrol	Diátesis-estrés Auto observación Auto evaluación Auto reforzamiento

Nota: Elaboración propia

### 1.3 Características de la depresión

En este apartado se revisarán las características de la depresión, por lo cual es importante señalar que se retomarán conceptos del DSM-5 para fines de clasificación.

Existen varios tipos de depresión: la depresión mayor (o trastorno depresivo mayor) consiste en la aparición de un conjunto de síntomas que cambian la actitud de la persona hacia su entorno, interrumpiendo o alterando sus actividades laborales y sociales (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2007).

Por otro lado, Kaplan y Sadock en 1989 y 1992 (como se citó en Arzaluz, 2014) se refieren a la depresión como un trastorno que es caracterizado por la disminución del ánimo, de la capacidad de experimentar placer, de sentirse bien consigo mismo y de ser competente; que se manifiesta afectiva, conductual, cognitiva, vegetativa y motoramente, y que además tiene repercusiones sobre la calidad de vida y en el desempeño social ocupacional.

La National Institute of Mental Health ([NIMH], 2009) clasifica los diversos tipos de depresión, a continuación, se definen cada uno de ellos.

- Trastorno Depresivo Mayor (TDM): De acuerdo con la Mayo Foundation for Medical Education and Research ([MFMER, 2001]) esta es la forma más frecuente de la depresión, y el primer episodio puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo, tiene una mayor probabilidad de presentarse entre los 25 y 44 años de edad. Se caracteriza por una serie de síntomas, que duran más de dos semanas e interfieren en la vida diaria, disminuyendo la

capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de las actividades que antes solían ser placenteras. Además, se pueden presentar alteraciones del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del deseo sexual o sentimientos de culpa, inutilidad, desesperanza, impotencia y pensamientos de muerte o suicidio; incapacita e impide que la persona se desenvuelva como normalmente lo hace en su entorno. Después del primer episodio de TDM existe una probabilidad del 50% de que se vuelva a presentar, y ésta aumenta si se presenta por segunda o tercera vez hasta un 70%. El tratamiento a tiempo puede evitar que sea más grave este tipo de depresión y si se continúa con la intervención es posible que no existan recaídas, aunque si no se atiende su duración puede ser de 6 a 18 meses.

- Trastorno Distímico: Es una forma crónica de la depresión, donde las personas se caracterizan por ser muy pesimistas y negativas, aunque continúan con sus actividades sociales y laborales como si se hubieran acostumbrado a su padecimiento, aunque son menos productivas. Tiene síntomas menos graves que el TDM, pero pueden tener una duración de dos hasta cinco años. Si no existe algún tratamiento, estas personas tienden a empeorar con el tiempo y son más propensas a padecer depresión mayor que el resto de la gente (APA, 1995). El 75% que padecen este tipo de depresión tienen otros problemas de salud; cuando estas personas experimentan distimia junto con un TDM se denomina una depresión doble y en este caso las posibilidades de recuperación disminuyen en comparación con un tratamiento de TDM sin padecer la distimia (González, Gil, Carrasco & García, 2001).

Existen otras maneras de presentar un trastorno depresivo, que tienen características diferentes a las que se describieron, sin embargo, pueden generarse debido a una evolución si no existe un tratamiento adecuado a tiempo, como pueden ser los siguientes:

- Trastorno bipolar: Que es conocida también como una depresión maníaca, donde se experimentan estados anímicos de depresión alternada con manías o euforia (González et al., 2001; Almudena, 2009; Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2001). Este ciclo puede durar desde varios días hasta meses, pero un episodio maníaco tiene una duración de por lo menos una semana y se caracteriza por tener la mayoría de los síntomas del TDM, e incluso algunas personas pueden presentar mucha creatividad y productividad durante esta fase maníaca. Otros signos o síntomas que pueden generarse son una euforia anormal o aumentada, conversación rápida e incrementada, creencias irreales de las capacidades que tiene, aumento de la actividad sexual, social y laboral, disminución de una necesidad de dormir, facilidad de distracción ante algunos estímulos que no tienen relevancia y una irritabilidad inusual.
- Trastorno Afectivo Estacional (TAE): Este trastorno se caracteriza por tener una relación con los cambios de estación, sin embargo, aún no se tiene una certeza de cuál puede ser su causa. Algunos investigadores propusieron que se debía por los niveles bajos de la luz del sol, ya que se aumentaba la melatonina del cerebro. La melatonina (N-acetil-5-metoxitriptamina) es una sustancia segregada en la glándula pineal y se puede sintetizar en otros

tejidos como el tracto intestinal, la piel y la médula ósea. Esta hormona tiene diversas funciones, una de las más importantes es aquella que se relaciona con la participación del cambio cíclico de los cambios biológicos que ocurren entre el día y la noche (Illnait-Ferrer, 2012). A pesar de los estudios que existen sobre la melatonina no existe una conclusión, lo que dio pauta a que surgiera otra idea de cuál podía ser la causa como que la falta de luz desorganiza los ritmos circadianos que regulan el reloj interno corporal.

Las personas que padecen este trastorno mencionan que presentan síntomas depresivos que tienen un comienzo a finales de otoño y mejoran en la primavera, sin embargo, otros afirman que pueden estar presentes en verano. El TAE tiene una frecuencia cuatro veces más alta en las mujeres que en los hombres y la edad promedio de comienzo es a los 23 años y al avanzar la edad el riesgo puede disminuir. Sin embargo, el TAE se puede presentar en verano y primavera si se estuvo deprimido en dos inviernos consecutivos.

Es importante señalar que a pesar de mencionar las clasificaciones de la depresión mediante el DSM-5, en el presente documento se enfatizará la intervención para la depresión mediante la AC la cual se basa en un modelo de análisis funcional de la conducta con dos suposiciones centrales a) la experiencia del refuerzo positivo de la respuesta es necesario para mantener un estado de ánimo funcional y b) la evitación es común y funciona como una barrera para participar en el comportamiento antidepresivo que podría reforzarse positivamente de forma natural. El contexto se evalúa para determinar los factores que

contribuyen y mantienen comportamientos depresivos y cuales son requeridos para reducirlos (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974, 2001 como se citó en McCauley et al., 2016).

#### 1.4 Tratamiento para la depresión

##### **1.4.1 Tratamiento farmacológico.**

El episodio de depresión mayor (TDM) y la distimia se pueden tratar eficazmente con distintos tipos de medicación antidepresiva. Según la Agency for Health Care Policy and Research ([AHCP], 1993) el tratamiento antidepresivo se divide en tres fases. La primera fase se denomina como aguda y tiene una duración hasta que los síntomas llegan a un nivel aceptable, ocurre en un promedio de 20 semanas (Solomon et al., 1997 como se citó en Vázquez et. al., 2000). La segunda fase, es la de continuación y es indicada para evitar la recaída, con duración de entre cuatro y seis meses (Prien & Kupfer, 1987; Thase, 1990). Finalmente, la fase de mantenimiento y es necesaria para aquellos pacientes que experimentan episodios depresivos recurrentes con el objetivo de evitar la aparición de los mismos (Thase, 1992).

Por otra parte, Pérez (2017) afirma que el tratamiento antidepresivo farmacológico se debe reservar para los episodios que son moderados a severos. La mayoría de los fármacos que se han utilizado comparten una similitud, su acción sobre el sistema monoaminérgico, que es una función neurotransmisora y segrega una hormona en las glándulas suprarrenales en situaciones de estrés. El resultado final de estos medicamentos es la regulación de alguno de los siguientes

neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA) y noradrenalina (NA). Sus efectos secundarios se presentan en los primeros días después de iniciar el tratamiento debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el efecto de una mejora de los síntomas depresivos puede ser de dos a cuatro semanas tras el inicio de la toma de medicamentos, debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores (Stahl, 2013 como se citó en Pérez, 2017).

#### **1.4.2 Tratamiento no farmacológico**

De acuerdo con el National Institute of Mental Health ([NIMH], 2009) para tener un tratamiento adecuado para la depresión se debe visitar en primera instancia a un médico, debido a que algunos medicamentos o condiciones médicas pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. El médico puede descartar estas posibilidades mediante un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar la condición médica como la causa de los síntomas depresivos, deberá canalizar al paciente a un profesional de la salud mental. El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa, mediante conversaciones con el paciente sobre cualquier antecedente de los síntomas, además se puede indagar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte. Una vez que se obtenga el diagnóstico, la persona que tenga depresión puede ser tratada con varios métodos; los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

### 1.4.3 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Puerta y Padilla (2011) señalan que la TCC es un modelo, que está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica, después de realizar la evaluación de las características biopsicosociales del paciente, debe haber un compromiso y colaboración del mismo. Funciona en el tratamiento de diversos trastornos mentales, trabaja ayudando al paciente a que cambie o genere nuevos pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para enfrentar sus problemas o en este caso la depresión. Tiene una duración entre 10 y 20 sesiones y los pacientes pueden experimentar una reducción de los síntomas después de cuatro o seis semanas de tratamiento, por esto es considerado como un modelo de psicoterapia estructurado, activo y centrado en el problema (Llardi & Craighead, 1994).

De acuerdo con Dahab et al. (2007) y Puerta y Padilla (2011) los objetivos primordiales de la TCC en la depresión son:

- *Programación y ejecución gradual de actividades.* Que es una planificación de tareas con un grado creciente de dificultad, de esta manera se asegura el éxito en cada una y se aumenta la motivación para la siguiente.
- *Entrenamiento en solución de problemas.* Para que el paciente pueda aumentar una probabilidad de obtener una mayor tasa de refuerzos positivos.
- *Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones estresantes.*

- *Reestructuración cognitiva.* Se basa en enseñar al paciente a evaluar sus pensamientos, acerca de su validez o utilidad, de tal manera que puedan tornarse más realistas y puedan generarse nuevas ideas para obtener una mejor capacidad de solucionar un problema.

Por otra parte, Overholser 2003 (como se citó en Carrasco, 2017) señala que la TCC de la depresión provee un marco general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento y propone un modelo en etapas. La primera etapa consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y la tercera, prevención de recaídas. La segunda etapa realiza acciones sobre la actividad reducida que tienen las personas con depresión, mediante la programación de actividades; en el funcionamiento social perturbado por medio de la realización de actividades sociales; en el manejo inadecuado de situaciones estresantes, en las habilidades de resolución de problemas, los sesgos cognitivos y la perspectiva negativa que se tenga de sí mismo.

#### **1.4.4 Terapia de tercera generación.**

La tercera generación de la terapia de conducta, se sitúa a partir de la década de 1990, sin embargo, fue dada a conocer hasta 2004. Surgió debido al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, así como a las limitaciones de la TCC, a pesar de sus reconocidas aportaciones. La terapia de tercera generación fue el desarrollo del análisis funcional donde el planteamiento contextual se considera importante en psicología clínica (Pérez, 2006) y tiene como propósito tomar en cuenta los factores que pueden influir en algún trastorno, en lugar de

afirmar que se deben a un precedente endógeno y a formar a los pacientes como huéspedes de una enfermedad tal como se ha hecho en el ámbito médico-psiquiátrico y en la industria farmacéutica, por lo cual, se señala que tiene una principal labor, la desmedicalización de los problemas psicológicos (González & Pérez, en prensa como se citó en Pérez, 2006). En este trabajo, lo particular es señalar el tratamiento de la depresión a partir de una de las terapias de conducta de tercera generación, la AC.

Barraca (2016) define a la AC como un tratamiento estructurado, parsimonioso en su aplicación, teóricamente fundamentado, que cuenta con una fuerte estabilidad con apoyo empírico para el tratamiento de la depresión. Hoy en día representa la alternativa más contrastada y ventajosa frente a la intervención cognitiva propuesta desde el modelo de Beck. La división 12 de la American Psychological Association ([APA], 2019) afirma que la AC busca aumentar el contacto del paciente con las fuentes de recompensa, ayudándolas a ser más activas y al hacerlo, mejorar el contexto de la vida. Su objetivo es incrementar actividades que son percibidas como gratificantes y que puedan generar un reforzamiento positivo. En consecuencia, la AC ha sido evaluada en 1998 obteniendo un resultado fuerte en un nivel de evidencia empírica de la escala “Fuerza de Apoyo a la Investigación” debido a que se revisaron dos estudios bien diseñados y realizados por investigadores independientes. En la tabla 4 se puede observar la evaluación de la AC, donde se muestra que en el año 2015 se indicó que es un tratamiento pendiente para reevaluar.

Tabla 4

*Evaluación de la Activación Conductual*

Estado de Revisión Empírica	Fuerza de apoyo a la investigación		
2015	Tratamiento pendiente de reevaluación		
1998	Fuerte	Modesto	Polémico

Nota: Adaptado de American Psychological Association (2019) Division 12 of the American Psychological Association. Recuperada de <https://www.div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>

### 1.5 Adolescencia y depresión

Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración (Berenzon Lara, Robles y Medina, 2013).

Los adolescentes constituyen uno de los grupos que tiene una mayor probabilidad de sufrir depresión, debido a que en dicha etapa se llevan a cabo procesos de cambios físico, cognitivo, afectivo y sociocultural, que requiere que los jóvenes desarrollen estrategias de afrontamiento con las cuales puedan establecer su identidad, autonomía, éxito personal y social (Chapi, 2013).

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento donde surgen grandes cambios personales, como la definición de su propia identidad, lidian con asuntos de género y sexualidad, y además se encuentran tomando decisiones por primera vez en sus vidas. A menudo coexiste con otros trastornos como la

ansiedad, los trastornos alimenticios o el abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio (NIMH, 2009).

Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) afirman que en la población adolescente se ha observado que los sucesos de vida estresantes pueden tener una influencia en la presentación y mantenimiento de los síntomas de depresión; éstos se pueden originar de diversas situaciones como familiares, personales y económicas que alteran las actividades normales de los individuos; los resultados de su estudio corroboraron esta hipótesis, además se encontró que los aspectos escolares son los sucesos más estresantes que se presentan, como el bajo rendimiento escolar y que ser mujer se relaciona a obtener un mayor puntaje se presentar síntomas depresivos.

Por otra parte, Berenzon et al. (2013) exponen que estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes, ya que interfieren en su desarrollo y puede limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida; además es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia en el entorno donde se encuentran.

De acuerdo con Almudena (2009) y Alberdi et al. (2006) los síntomas propios de la depresión durante la adolescencia son los siguientes:

- Aumento o pérdida de peso.
- Hipo o hipersomnia (insomnio o sueño excesivo y profundo)
- Disminución en el rendimiento académico.

- Problemas de atención y dificultad de concentración.
- Anergia (pérdida o ausencia de energía)
- Agitación motora o enlentecimiento.
- Ausencia de motivación.
- Estado de ánimo bajo.
- Baja autoestima.
- Evitación de actividades lúdicas.
- Disminución de interacciones sociales y familiares.
- Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Acciones autodestructivas.

Así mismo Pass, Hodgson, Whitney & Reynolds (2017) señalan que la depresión en la adolescencia se caracteriza por un estado de ánimo bajo o irritabilidad, y/o pérdida de interés y placer en actividades que se disfrutaban anteriormente, además se presentan algunos síntomas cognitivos y biológicos, tales como dificultades cognitivas, trastornos del sueño o apetito, sentimientos de inutilidad, y retraso psicomotor.

Alzuri, Hernández y Calzada (2017) mencionan que la depresión en la adolescencia no es una enfermedad unitaria, sino un síndrome complejo con distintos orígenes, cursos y opciones de tratamiento. Por tanto, el diagnóstico debe ser realizado considerando pluralidad metodológica y por ende tener un tratamiento integral, considerando al individuo, la familia y el ambiente.

## CAPÍTULO 2

### ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

El replanteamiento contextual es de gran importancia en la psicología Clínica debido a que tiene una tarea primordial, la cual es la desmedicalización de los problemas psicológicos (Pérez, 2006). Por ejemplo, la TCC ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adecuadas para poder combatir los problemas que se tienen, sus objetivos principales son disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades en autocontrol, optimizar las capacidades en la resolución de problemas y aumentar las habilidades sociales e interpersonales (Puerta & Padilla, 2011), por otra parte la denominada AC que se basa en un modelo de análisis funcional de la conducta con dos suposiciones centrales a) la experiencia del refuerzo positivo de la respuesta es necesario para mantener un estado de ánimo normal y b) la evitación es común y funciona como una barrera para participar en el comportamiento antidepresivo que podría reforzarse positivamente de forma natural. Para la AC el contexto se evalúa para determinar los factores que contribuyen y mantienen comportamientos depresivos y cuales son requeridos para reducirlos (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974, 2001 como se citó en McCauley et al., 2016).

Pérez (2006) menciona algunos puntos novedosos de la AC con el objetivo de saber qué es lo que la hace diferente de otras terapias:

- Énfasis en el contexto ambiental de la vida de los clientes.
- Insistente aliento al cliente para comprometerse en actividades que puedan entrar en contacto con reforzadores naturales.
- Modificación del ambiente, no del pensamiento.
- Focalización en el patrón de evitación conductual.
- Entendimiento contextual e ideográfico de la conducta humana, sin suponer de entrada ningún déficit de conducta o de pensamiento. Antes bien, se trata de evaluar las fuentes de reforzamiento que el cliente no está contactando y de activar conductas antidepresivas que puedan resultar reforzadas.
- Énfasis en las contingencias naturales más que en la conducta gobernada por reglas.

Valencia (2019) afirma que el contenido de la AC promueve a que la persona o tenga participación en actividades valiosas y agradables, además sostiene que este modelo de intervención se convierte en una de las terapias más prometedoras para implementar dentro del campo clínico, ya que promueve elevar indicadores de bienestar en la persona que padece depresión.

## 2.1 Definición de la activación conductual

Barraca (2016) define la AC como un tratamiento estructurado, cuidadoso en su aplicación, con fundamentación teórica y estabilidad como terapia para el tratamiento de la depresión.

Hopko, Lejuez, Luggiero y Eifert (2003) señalan que la AC se define como un proceso terapéutico el cual tiene una importancia en la realización de ensayos para aumentar conductas que sean placenteras y que ponen en contacto al paciente con refuerzos ambientales contingentes, los cuales producen una mejoría en el estado anímico, en los pensamientos y en la calidad de vida.

Por otra parte Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008 (como se citó en Barraca, 2009) definen la AC se define como un tratamiento psicosocial, estructurado y breve, el cual está fundamentado en el cambio conductual, que consigue disminuir la depresión y ayuda a prevenir futuras recaídas. Se fundamenta principalmente en determinadas situaciones y respuestas de las personas a esas situaciones, se reduce la posibilidad de obtener refuerzo desde el entorno, por lo que las técnicas de tratamiento deben incrementar de forma sistemática la activación y bloquear la evitación, a fin de que los sujetos logren un mayor contacto con las fuentes de recompensa. Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) afirman que la AC es un tratamiento estructurado y breve para la atención de la depresión, cuyo objetivo es la activación del paciente de un modo muy específico, el cual hará que se aumenten las experiencias gratificantes de su vida.

A su vez, Becerra, Lugo y Reynoso (2013) refieren que la AC propone la realización de actividades que se consideren relevantes y que pueda generar una consecuencia positiva en su conducta, ya que impulsa a que el individuo actúe en un periodo corto y obtener un refuerzo positivo por parte del terapeuta, por su medio ambiente social inmediato y finalmente por sí mismo. Realizar estas actividades se traduce en consecuencias positivas del medio donde se encuentre

el paciente, en las interacciones sociales con otras personas que a su vez pueden generar un cambio interno como una mejora del estado de ánimo (Bianchi & Henao, 2015).

## 2.2 Antecedentes teóricos

La AC surge de estudios firmes del desmantelamiento de componentes de la terapia cognitiva de la depresión de Beck, donde se demostró que el elemento principal y decisivo es el conductual (Jacobson et. al., 1996; Gortner, Gollan, Dodson & Jacobson, 1998 como se citó en Pérez, 2006) a partir de los hallazgos encontrados la conducta fue considerada como terapia por sí misma, lo que dio a lugar a la AC.

Más adelante, se llevaron a cabo nuevos estudios empíricos donde se contrastó la terapia de AC con la terapia cognitiva y con la medicación, confirmando su eficacia y algunas ventajas sobre otras terapias (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003; Kanter, Callahan, Landes, Bush & Brown, 2004; Martell, Addis & Dimidjian, 2004 como se citó en Pérez, 2006). Asimismo, se desarrollaron nuevas formas de aplicación (Addis & Martell, 2006; Hopko, Lejuez, Ruggiero & Eifert, 2003; Lejuez, Hopko & Hopko, 2001; Martell, Addis & Jacobson, 2001).

La AC se compone de acuerdo al trabajo de dos personajes importantes: Charles Ferster y Peter Lewinsohn.

Ferster (1973) señaló que la depresión surgía por una reducción de actividades específicas y el incremento de otras, tales como la evitación o huida, por lo que afirmó que las personas con depresión no obtenían muchas recompensas por las actividades que realizaban, además de no realizar algunas labores productivas con suficiente frecuencia. Además de ejecutar conductas que funcionarán para no tener aversión a algunas conductas reforzadas positivamente, es decir la conducta depresiva está controlada por el refuerzo negativo en oposición al positivo.

Las conductas se ven reforzadas por las consecuencias y tienen lugar en un contexto determinado, a esto se le conoce como contingencias. Ferster (1973) afirmó que una interacción limitada por parte de una persona con depresión hacia su entorno podía disminuir la capacidad para aprender de las contingencias. Por lo tanto, las estrategias que se tomen, deben generar un cambio en la conducta de evitación, con el objetivo de que las personas puedan incrementar su participación en actividades que los lleven a consecuencias reforzantes.

Por otro lado, Lewinsohn (1974) hizo énfasis en la falta del reforzamiento positivo, por esto conceptualizó la depresión como un nivel bajo del refuerzo positivo de una respuesta contingente, recalca que ese descenso tenía relación con el número de reforzadores disponibles en el entorno y con las operantes que una persona fuera capaz de emitir para alcanzarlos. También, afirmaba que la evitación social era la más relevante, debido a que el entorno atribuye las consecuencias para mantener la conducta del individuo. A causa de lo anterior, Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn & Graf, 1973; Zeiss, Lewinsohn & Muñoz, 1979) proponían la programación de actividades agradables y un

entrenamiento en habilidades sociales para aumentar los reforzadores positivos contingentes (Barraca, 2009).

Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) afirman que las situaciones negativas de la vida disminuyen la probabilidad de que existan conductas de adaptación, principalmente en personas que sean vulnerables y puedan tener un déficit de habilidades para enfrentarse a dichos acontecimientos. Estos trastornos y el estado de ánimo disfórico generan que el individuo se concentre excesivamente en sí mismo y ser autocrítico en un nivel muy alto, además también genera una reducción de la motivación lo que conlleva a que dicha persona vulnerable se retire de cualquier contacto social. Asimismo, Lewinsohn, (1974) y Lewinsohn, Biglan y Zeiss, (1976) comenzaron a incorporar la programación de actividades en el tratamiento conductual para la depresión, realizaron diversos pasos, tales como, la valoración de la frecuencia y el alcance de los acontecimientos agradables en la vida del paciente. Desarrollaron un programa de actividades, donde planteaban horarios y pidieron a los pacientes que organizaran actividades agradables durante la semana, esto generó que después de un tiempo los sujetos aumentaran el número de actividades y que adoptaran las conductas que deseaban realizar o que habían dejado de realizar cuando comenzó la depresión.

Por estos trabajos Ferster (1973) y Lewinsohn (1974) fueron los fundadores de un análisis enfocado estrictamente en los síntomas depresivos y con esto sentaron una intervención donde el objetivo principal estuvo en un incremento de

actividades reforzantes y la recuperación de interacciones sociales (Barraca, 2009).

### 2.3 Propuestas teóricas

Cualquier tratamiento que pueda ayudar a recuperar el contacto con las actividades gratificantes sería eficaz por sí mismo. Se requiere de una perspectiva funcional y un análisis de los eventos que hayan sido destacados en las vidas de las personas con depresión, y también a las conductas que desarrollan ante dichos eventos y las consecuencias que se obtienen (Romero, Poves & Vucinovich, 2015). Esta perspectiva ha dado lugar a propuestas teóricas con sus respectivos tratamientos.

Primeramente, el modelo llamado AC desarrollado por Martell, Addis y Jacobson (2001) y Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) restablecieron la teoría original conductual teniendo una gran influencia de parte de Ferster, quien enfatizaba el papel de la evitación en el mantenimiento de la problemática depresiva. En este modelo de la AC, la depresión es la consecuencia de un suceso o un conjunto de sucesos que apartan de la vida del paciente reforzadores importantes. A pesar de tener presentes otros factores como genéticos, biológicos u otros, el modelo toma como relevancia las pérdidas vitales como causantes de la depresión. Por eso la presentación de ese estado depresivo se podría deber al mantenimiento de conductas, las cuales impiden que el paciente pueda prescindir de una vida pobre en reforzamiento positivo. En conclusión, la depresión se mantendría porque el cliente evita fuentes potenciales y naturales de reforzamiento (Barraca, 2016).

Otro modelo de la AC, es la utilidad de un diagrama el cual tiene la función de poder ayudar al paciente a comprender los patrones de evitación, donde T es *Trigger* (Precipitante de la depresión), R es *Response* (Respuestas ante ese precipitante) y AP es *Avoidance Pattern* (Patrón de evitación ante esas respuestas) TRAP (trampa) por sus siglas en inglés; las personas caen en la trampa y por ello siguen con conductas depresivas, se puede utilizar *TRAC(k)* (camino); para salir de la trampa hay que encontrar un camino, el cual sugiere que frente a los patrones de evitación se puede hacer una Afrontamiento Alternativo donde AC es *Alternative Coping* (Barraca, 2009).

Por otra parte, Lejuez, Hopko y Hopko (2001) desarrollaron el modelo de Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (TACD), donde se enfatiza la ley de la igualación de Herrstein (1970), la cual señala la importancia de observar el contexto completo en donde se presenta la conducta y no solo reforzadores específicos que siguen a una conducta específica, además sugiere que si los beneficios que se obtienen de las conductas depresivas son mayores que los inconvenientes que se deriven de éstas, la depresión seguirá presente (Barraca, 2009). La TACD propone una intervención más estructurada y simple, su meta principal consiste en guiar la actividad de los clientes hacia objetivos concretos (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001, 2002).

Igualmente, la TACD, opta por utilizar las auto-instrucciones, esto con el objetivo de mantener la motivación, que continúen las conductas deseables y se puedan restablecer las rutinas perdidas; para esto Martell, Addis y Jacobson (2001) proponen que los pacientes recuerden el acrónimo ACTION, donde A es *Assess*,

C es *Choose*, T es *Try*, I es *Integrate*, O es *Observe* y N es *Never give up*, y que de acuerdo con Barraca (2009) facilita este análisis de la siguiente manera:

*A: Evaluar* la situación: ¿Es mi conducta una evitación o un enfrentamiento? ¿Me hará sentir mejor o peor?

*C: Elegir* la alternativa más conveniente: perseverar en la conducta, aunque no me haga sentir bien a la larga, o probar una alternativa.

*T: Probar* a poner en práctica la conducta elegida.

*I: Integrar* esta acción en la rutina diaria.

*O: Observar* el resultado y comprobar sus efectos.

*N: No abandonar* nunca ese camino a pesar de que los efectos a corto plazo no sean los esperados o que se necesiten varias repeticiones.

Ambos modelos nos proporcionan una nueva forma de observar las situaciones depresivas, enfatizando los aspectos motivacionales, una organización en el tratamiento de las técnicas empleadas en la AC que tengan un contraste empírico, el desarrollo de instrumentos de evaluación y revisar sus intervenciones mediante la evidencia empírica que tenga. (Romero et al., 2015)

En la tabla 5 se muestran las diferencias que existen entre la aplicación de la AC y la TACD para la depresión.

Tabla 5

*Diferencias en la intervención con la Activación Conductual y con la Terapia de Activación Conductual para la Depresión.*

Área	Activación conductual (AC)	Terapia de activación conductual para la depresión (TACD)
Teorías		
Paradigmas de aprendizaje	Reforzamiento negativo	Reforzamiento positivo
Modelo teórico	Modelo "TRAP"	Ley de igualación de Herstein
Técnicas de intervención		
Técnicas básicas	Programación de actividades flexible. Incorporación jerárquica. Auto monitorización.	Programación de actividades jerárquica con incorporación reglada (15 actividades, 3 por semana).
Otras técnicas complementarias	Exposición a situaciones evitadas, ensayo verbal de la tarea. Acción hacia una meta, distracción temporal, <i>role-playing</i> , habilidades sociales, asertividad, modelado.	Reforzamiento material programado combinado con el social. Contratos de contingencias.
Trabajo cognitivo		
Intervención	Intervención directa sobre la rumia depresiva, mediante el cuestionamiento de su función, trabajo desde el <i>mindfulness</i> .	No se plantea necesaria la intervención directa: la rumia disminuirá naturalmente según avance la activación.
Trabajo con la motivación		
Planteamiento	Va de "fuera hacia adentro"	El valor reforzante de las actividades la facilitarán.
Técnicas empleadas	Compromiso. Solución de problemas con el acrónimo ACTION.	Contratos conductuales
Estructuración de la terapia		
Temporalidad	Bisemanal al principio y luego semanal. Seguimiento. Sesiones de 60 minutos	3 ó 4 veces por semana al inicio. Luego 2 veces por semana. Seguimiento. Sesiones de 50, 30 y 15 minutos.
Duración	20 a 24 sesiones	12 a 15 sesiones
Formato	Individual y grupal	Individual
Métodos de evaluación		
Auto-registros	Fundamentales para el Análisis Funcional	Importantes para el Análisis Funcional
Cuestionarios	Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), Escalas Hamilton, Behavioral Activation for Depression Scale (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch, & Sedivy, 2009), Environmental Reinforcement Observation Scale (Armento & Hopko, 2007)	Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), Escalas Hamilton, Behavioral Activation for Depression Scale (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, & Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch, & Sedivy, 2009), Environmental Reinforcement Observation Scale (Armento & Hopko, 2007)
Evidencias empíricas		
Diseños experimentales	Amplio estudio aleatorizado con grupo control y comparación con otras terapias eficaces.	Estudio aleatorizado sin grupo control y con comparación con otros abordajes no contrastados.
Casos clínicos	Con población latina, en comorbilidad con obesidad, en pacientes con depresión severa, medicados y no medicados.	Con trastornos mixto ansioso-depresivos, consumidores de drogas ilegales, pacientes con cáncer, pacientes con trastorno límite de la personalidad y alto riesgo de suicidio, casos de depresión moderada, con adolescentes.

Nota: Adaptado de "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", por J. Barraca, 2009, *EduPsykhé*, 8, 23-47.

Kanter, Busch y Rusch (2009) han propuesto una intervención que integra las dos modalidades que se mencionaron anteriormente. En la figura 4 se muestra la estructura general y la visualización de las técnicas utilizadas en esta propuesta.

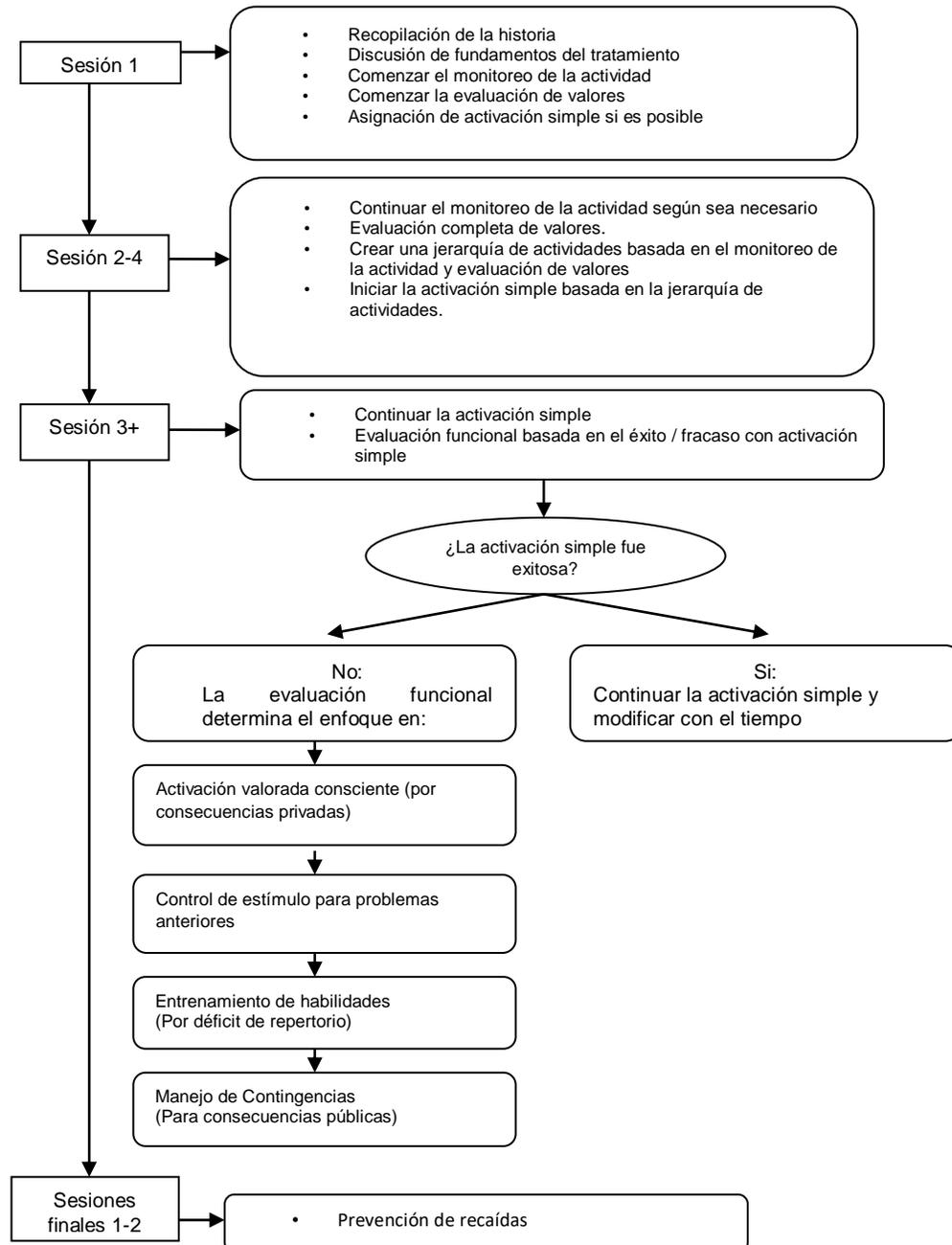


Figura 4. Adaptado de “Características teóricas de la Activación Conductual”, por J. Kanter, A. Busch y L. Rusch, 2009, En Behavioral Activation: Distinctive Features. Nueva York: Routledge

## 2.4 Características y componentes

La AC contiene algunas características clave, como una orientación de los fundamentos y componentes del tratamiento, la identificación de objetivos y actividades que son reforzantes para el paciente, un seguimiento cuidadoso del estado de ánimo del paciente en la ejecución de las actividades agradables, identificación de patrones de evasión que bloquean el logro de los objetivos y formular estrategias para involucrar al individuo a un afrontamiento que aumente las conductas que son reforzadas (Wagner, Zatsick, Ghesquiere & Jurkovich, 2007).

Martell et al. (2010) señalan que la AC parte de la premisa que dice que todos los problemas de una persona vulnerable minimizan la capacidad de tener una experiencia positiva en su contexto y que a su vez generan los síntomas y conductas depresivas. Por esto la AC supone que ayudar al paciente a adoptar una conducta que le pueda parecer placentera o gratificante, mejorará sus situaciones vitales, de tal forma que pueda obtener recompensas mayores.

Pérez (2006) menciona algunas características de la AC, las cuales resultan ser novedosas y generan una gran importancia en el desarrollo de las técnicas de intervención de tercera generación.

- Hay un énfasis en el contexto ambiental de la vida de los pacientes.
- Insistente aliento al cliente para comprometerse en actividades que puedan entrar en contacto con reforzadores naturales.
- Existe una modificación en el ambiente, no de los pensamientos.

- Se enfoca en el patrón de evitación conductual.
- Entendimiento contextual e ideográfico de la conducta humana, debido a que evalúa las fuentes de reforzamiento que el paciente no posee y activa conductas antidepresivas que puedan resultar reforzadas, sin suponer que exista algún déficit de conducta o pensamiento.
- Énfasis en las contingencias naturales más que en la conducta definida por reglas.

Martell et al. (2010) proporcionan los principios fundamentales de los cuales se basa la AC, es decir son las claves que debe tener presente un psicólogo en cada sesión que trabaje esta técnica (Barraca, 2016) dichos puntos se enlistan a continuación:

1. La clave para cambiar como se sienten las personas es ayudarles a cambiar lo que hacen.
2. Existen cambios en la vida que llevan a la depresión y las estrategias empleadas a corto plazo pueden generar un bloqueo en las personas.
3. Lo que precede y sucede después de las conductas importantes del paciente, son pistas que ayudarán a entender que puede ser antidepresivo para un cliente particular.
4. Se deben estructurar y programar actividades con respecto a un plan, no a un estado de ánimo.
5. Si se comienza por algo pequeño, se verá con más facilidad el cambio.
6. Tener prioridad por las actividades en las que se obtenga reforzamiento natural.

7. El terapeuta debe actuar como un entrenador.
8. Insistir en tener un modelo empírico para la resolución de problemas y reconocer que todos los resultados obtenidos son de utilidad.
9. ¡No solo digas, actúa!
10. Percibir las barreras que se presentan y que puedan aparecer para la activación.

La AC define la depresión desde una visión contextualista, por esto es definida como un conjunto de conductas que se dan en función de un contexto, cuyo efecto no depende de un factor biológico o intrapsíquico, más bien toma en cuenta el medio ambiente y la historia personal, como los elementos principales en su explicación (Perez, 2007). Es por ello que el objetivo de esta intervención es generar cambios en el ambiente, los cuales permitan el incremento de interacciones de las personas con este, a su vez favorece el acceso a nuevas y variadas fuentes de reforzamiento (Ferster, 1973).

Existe otro factor importante que se trabaja en la AC, la pérdida de reforzadores, el cual es también referido por Ferster (1973) como un elemento relevante en el inicio de las conductas depresivas, donde se refiere a que la reducción en la frecuencia con la que se emiten comportamientos de acuerdo a las demandas del medio, tiene una relación con la pérdida de la fuente de reforzamiento. Por esto la AC, tiene como objetivo fundamental que los individuos comiencen a interactuar con los factores contextuales que estén relacionados con la pérdida, para que adquieran funciones equivalentes a los estímulos con los que se dejó de interactuar, o que puedan desarrollar otro tipo de repertorios que se adapten a

nuevas situaciones, considerando su historia y competencias para elegir las actividades, incluso más allá de la valoración que se les otorgue en términos placenteros o no placenteros (Kanter, Manos, Busch & Rusch, 2008).

Existen diversas áreas en las que se puede trabajar la AC como en la educación, en el ámbito laboral, en el mejoramiento de las relaciones interpersonales, acciones voluntarias o de caridad, actividades físicas, referentes a la salud, al espiritualismo, a la convivencia con familiares o amigos y finalmente como hobbies o actividad recreativa (Hayes et. al., 1999 como se citó en Hopko et. al., 2003).

## 2.5 Técnicas de intervención

Todas las técnicas de intervención en la AC tienen el objetivo fundamental de aumentar la activación y un compromiso en el entorno del paciente (Martell et al., 2010) las técnicas para conseguir un mejoramiento, no son ajenas a la tradición conductual, tales como, extinción, moldeamiento, desvanecimiento, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas. Además, y al igual que en la TACD es de fundamental importancia el monitoreo a través de registros de actividades, jerarquizaciones y programaciones de tareas (Barraca, 2009; Kanter et al. 2009).

Hale y Spates (2015) mencionan que la AC se ha mejorado a través de diversas repeticiones de este procedimiento. El primer paso para poder establecer este tratamiento, es la enseñanza a los pacientes del monitoreo de sus actividades para poder identificar sus patrones de humor en las rutinas semanales. Esto genera un registro visible de actividades donde se puede enseñar al paciente a

responder diferencialmente, ya que los individuos con depresión tienden a ver el mundo de manera negativa sin importar las circunstancias a su alrededor. En este paso es común que los pacientes informen actividades como no muy agradables, pero a través del monitoreo y de preguntas establecidas con el terapeuta se logra identificar la mejora del estado de ánimo en algunas otras actividades. El segundo paso ocurre cuando los clínicos trabajan con los clientes, donde se generan valores y actividades consistentes para la activación de un horario como tarea. El objetivo principal es mantener al paciente en contacto con un refuerzo positivo mediante la participación en nuevas actividades o renovando las viejas. A veces se necesita enseñarle al paciente nuevas habilidades ya que algunas dificultades pueden haber surgido por deficiencias en habilidades sociales e interpersonales, además de esto se debe motivar al paciente a seguir sus actividades de acuerdo a su cronograma de actividades y no a su estado de ánimo. En el tercer paso los patrones de evitación se identifican y se contrarrestan a través de algunas estrategias terapéuticas como la resolución de problemas, validando y aceptando las dificultades del cambio para la descripción del comportamiento específico y aumentar los comportamientos objetivo. Finalmente, en el cuarto paso se utilizan otras estrategias para aumentar las probabilidades del éxito del tratamiento, donde principalmente se describe como la selección intencional de actividades placenteras, realizando más cosas que le gusta al paciente con ayuda de algunas herramientas extras como planificaciones semanales. Barraca (2016) afirma que las técnicas empleadas en la AC son integradas en la modificación de la conducta, además de ser muy eficientes y fáciles de aplicar. Además, señala los distintos métodos aplicados en la AC, los cuales son:

- Programación y estructuración de actividades
- Solución de problemas
- Reforzamiento positivo directo
- Desvanecimiento
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Métodos para facilitar el contacto directo con la experiencia

La programación de actividades, que pueden ser jerarquizadas, ayuda a recuperar el contacto con reforzadores naturales, además de ser el punto principal de esta intervención. En ocasiones se puede incluir de forma complementaria la extinción de conductas de evitación, con el procedimiento de solución de problemas. También se puede recurrir al reforzamiento positivo directo para motivar al paciente hasta lograr que los reforzadores naturales sean los que controlen la conducta, sin embargo, pueden presentarse algunos déficits conductuales que impidan poseer estos reforzadores, para esto se puede utilizar el desvanecimiento o entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente, si el terapeuta puede observar que algún pensamiento interfiere con este reforzamiento, recurre a una “atención a la experiencia” para que el paciente pueda percibir el impacto de dichos reforzadores en su vida (Barraca & Pérez-Álvarez, 2015)

De acuerdo con Barraca (2016) las intervenciones de Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) y de Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto (2011) se integran en la tabla 6.

Tabla 6

*Intervenciones de Martell, Dimidjian & Herman-Dunn (2010) y Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto (2011).*

Fase de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece un contacto inicial</li> <li>• Se enfatiza el estilo colaborativo de la terapia</li> <li>• Se debe generar confianza</li> <li>• Se establecen las bases para una buena alianza</li> <li>• Se ofrece información clara y concreta sobre la depresión y la dinámica de este tratamiento</li> <li>• Se hace una recolección de manifestaciones depresivas a través de la entrevista</li> <li>• Se añade un análisis del entorno donde se encuentra y de su pérdida potencial de capacidad reforzante</li> <li>• Se debe de tomar en cuenta las actividades que se están realizando, las que se abandonaron, si existen rutinas perdidas. Además del papel de familiares y amigos que sin darse cuenta estén reforzando las conductas que perpetúan la depresión</li> <li>• Se valora el proceso que pudo generar la depresión y la situación actual de reforzamiento general del entorno.</li> <li>• Durante toda la terapia, el terapeuta y paciente administran el tiempo de las consultas, mediante a una agenda</li> <li>• El terapeuta le menciona al paciente que surge la necesidad de que monitoree sus actividades y su estado de ánimo en el que se encuentre, mediante un registro diario, el cual provee al clínico una línea base para comparar el nivel de actividad al inicio de la terapia y en la finalización y sirve para el establecimiento de los objetivos terapéuticos.</li> <li>• El terapeuta puede solicitar que se respondan algunos cuestionarios empleados en esta intervención, como el <i>Behavioral Activation for Depression Scale</i> - BADS (Kanter, Mulick, Busch, Berlin, &amp; Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch, &amp; Sedivy, 2009) el <i>Environmental Reward Observation Scale</i> - EROS (Armento &amp; Hopko, 2007) o el <i>Beck Depression Inventory</i> o BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock &amp; Erbaugh, 1961). Con toda la información recabada se realiza un modelo explicativo, por medio del análisis funcional, para justificar la intervención que se llevará a cabo en la terapia.</li> </ul>
Fase de establecimiento de objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determina cuáles son las conductas objetivo, las cuales por su capacidad reforzante natural necesitan incrementarse, y las conductas problemáticas que deben extinguirse.</li> <li>• Se intenta que el paciente tenga un entorno saludable, donde la familia y amigos puedan ayudar a no reforzar las conductas depresivas, al contrario, alentarlos a involucrarse en opciones más sanas y adaptativas.</li> <li>• Es importante que el paciente pueda comprender el tratamiento, para poder llevarlo a cabo, debe tener muy claro que necesita adoptar una posición activa ante la depresión, mediante la realización de actividades agradables o gratificantes y que tengan una importancia en su vida.</li> <li>• Se debe enfatizar que debe existir un compromiso para finalizar el tratamiento. Si el paciente deja de asistir a las</li> </ul>

sesiones, no se puede garantizar que la depresión vuelva a presentarse y con mayor intensidad. Es importante comentarle que probablemente se pueda sentir triste, cansado y que no vea algún avance en la terapia, sin embargo, lo mejor que puede hacer es seguir acudiendo, ya que es mejor que esté recibiendo atención.

- Se delimitan los objetivos de la intervención, de acuerdo a las metas que el paciente tenga.
- Se determinan las conductas concretas que se necesitan para cumplir dichos objetivos y programar su realización, se deben jerarquizar las actividades para que exista una organización de la nueva incorporación de conductas.

Fase de intervención:  
incorporación de las técnicas de la Activación Conductual

- Se debe contar con un entorno estructurado y adecuado para brindar proporcionar al paciente. Se necesita reforzar socialmente el cumplimiento de las actividades de las metas.
- El terapeuta apuntará en los registros las siguientes actividades que deberá realizar antes de cada sesión.
- Hay que decidir cuáles y cuántas actividades se incorporan cada semana de acuerdo a la jerarquización que va de menor a mayor facilidad.
- Mientras que las primeras actividades están y produzcan reforzamiento, se pueden añadir otras cuyas consecuencias gratificantes sean más complejas, las cuales tardarán un poco en ser fuente de reforzamiento, pero igualmente será un beneficio a la larga.
- Se debe llevar el control de las actividades que se realizaron y del estado de ánimo que esté asociado a éstas, para identificar los factores contextuales y como actúa su depresión, de tal forma se podrá garantizar que los beneficios de la terapia se mantengan en el futuro.
- Se debe revisar en todas las sesiones las actividades realizadas y se indaga sobre su cumplimiento y si surgieron algunas dificultades. Si algunas no se realizaron o no las completaron el terapeuta tendrá que corregir esa acción mediante una actitud de solución de problemas. Ya que se tomó la decisión de cómo enfrentar la situación, se volverá a escribir en el registro la actividad a realizar con los cambios pertinentes, se incluirán algunas conductas previas para poder completarlas o se sustituirán por otras dependiendo el caso. Por otra parte, si el cumplimiento fue el esperado, se añaden las siguientes actividades para la siguiente semana.
- Es importante mantener una actitud positiva y alentadora.
- Si se han cumplido las actividades programadas en la semana y en el tiempo establecido, el paciente podrá otorgarse un reforzador previamente establecido, por supuesto que no incluya conductas depresivas.
- Puede añadirse el reforzamiento y ayuda de parte de familiares o amigos, que se haya estipulado previamente en contratos conductuales.
- Durante el proceso de AC, el terapeuta se mantendrá muy atento en el efecto que se produzca con la incorporación de actividades y el ánimo que se esté provocando en el paciente. Si todo transcurre correctamente, se han elegido conductas adecuadas y se han regulado convenientemente, evidentemente el paciente mejorará y mostrará poco a poco mayor energía y bienestar. De lo contrario, si esto no sucede, el terapeuta animará al cliente a seguir adelante junto con un proceso de indagación y resolución de problemas para revisar que factores son los que impiden el avance.
- Junto con el proceso de AC, se deberá haber prevenido la extinción de las conductas de evitación, si éstas fueron identificadas. Sucede en algunos casos que la programación de determinadas actividades contrarreste la aparición

---

de las de evitación, pero si no resulta así, se deben abordar directamente.

- Aunque se hayan decidido las actividades concretas es posible que, durante el avance en el tratamiento, se pueda encontrar que algunas de ellas no sean las más adecuadas. El paciente puede cambiar de opinión, y ampliar o aminorar su plan.
  - Si el paciente no obtiene los beneficios que esperó a pesar de realizar las actividades durante el tiempo establecido, se extinguieron sus conductas de evitación y las conductas que incluyó corresponden a sus valores, el terapeuta debe investigar si los resultados fueron afectados por pensamientos no adecuados o autocríticos. Si esto sucede, el terapeuta debe hacerle saber al paciente que las actividades solo están realizándose sin poner atención y cuestionándose si de verdad tiene un sentido hacerlas, en este caso se deberá volver a contactar con la experiencia del paciente para concretar otras actividades que realmente tengan un significado en su vida cotidiana.
  - También pueden ocurrir otros conflictos por los que no exista un reforzamiento adecuado tales como, problemas por falta de habilidades sociales, dificultades por ansiedad, emociones muy intensas condicionadas a determinados entornos o situaciones; el terapeuta deberá comenzar un proceso de solución de problemas auxiliándose con otras técnicas adecuadas, como relajación, *role-playing*, ensayos mentales de las tareas asignadas para poder recuperar el reforzamiento.
  - Finalmente, una vez que los indicadores subjetivos como la impresión del paciente, del terapeuta, y de personas allegadas; como los objetivos, el número de actividades realizadas, ausencia de las conductas de evitación, la atención mantenida en las tareas, las puntuaciones en los cuestionarios, alta laboral, y la retirada de la medicación, que puedan demostrar la recuperación y la estabilidad anímica, el terapeuta comenzará con las sesiones del cierre de la terapia y de la prevención de recaídas. Finalmente, espaciará las sesiones y propondrá el necesario seguimiento.
- 

Nota: Adaptado de “La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes” por J. Barraca, 2016, *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42(165-166), 15-33.

## 2.6 Activación conductual en adolescentes

La AC también ha cambiado su formato de aplicación para poder adaptarlo a distintas necesidades. Así, los ajustes se han realizado hacia un formato grupal; y aplicarlo en población adolescente y en personas mayores; o también para pacientes con niveles intelectuales o culturales bajos, distintas etnias, que no posean una cultura occidental y analfabetismo funcional (Barraca & Pérez-Álvarez, 2015).

Con la población adolescente se han desarrollado investigaciones con resultados favorables (Ritschel, Ramirez, Jones, & Craighead, 2011 como se citó en Romero et al., 2015) quienes informaron sobre el uso de la AC con seis adolescentes que tenían depresión, sus edades comprendían de entre 14 y 17 años. Se invitó a los padres a unirse a las sesiones al menos tres veces (al principio, en la mitad y al final del tratamiento). El número medio de sesiones atendidas fue de 14, con un máximo de 16; ningún participante asistió al número completo de sesiones de tratamiento. Los síntomas de depresión mejoraron significativamente y cuatro de los seis participantes puntuaron en el rango normal en las medidas de depresión al final del tratamiento (Pass, Whitney & Reynolds, 2016).

Sin embargo en un estudio de caso llevado a cabo por McCauley et al. (2011) resultó inefectivo, además hicieron algunas recomendaciones que se deberían tomar en cuenta en el uso de la AC para esta población como, tales como, un mayor trabajo sobre la rumiación, fomentar el desarrollo de habilidades de solución de problemas, tener una intervención estructurada pero que sea flexible para poder introducir elementos o factores que se relacionen con los contextos

que son importantes para los adolescentes, realizar un seguimiento cercano de las conductas relacionadas con autolesión o intentos de suicidio e incluir a los familiares en el proceso de tratamiento (Bianchi & Muñoz-Martínez, 2014).

Pass, Brisco y Reynolds (2015) reportaron cómo se adaptó la TACD para adolescentes en el Reino Unido. Los cambios de desarrollo apropiados al protocolo resultaron en un Manual de Tratamiento que se estructura en ocho sesiones (Pass & Reynolds, 2014 como se citó en Pass et al., 2016) donde se incluyen materiales ilustrados específicamente diseñados para jóvenes, la función explícita papel de los padres o cuidadores. Todos los enfoques de la AC tienen como objetivo aumentar el refuerzo positivo de la conducta no deprimida. Los adolescentes, padres o cuidadores, son una fuente vital de refuerzo y es por esto que se incorporan a la terapia, se les entrega un manual de tratamiento y participan en la supervisión conjunta de los síntomas y el funcionamiento de su hijo. Dentro del tratamiento, los padres participan en la psicoeducación y en la comprensión de los fundamentos del tratamiento (sesión 1), la contratación y resolución de problemas (sesión 6) y la prevención y planificación de recaídas (sesión 8).

Por otra parte, Takagaki et al. (2016) investigaron si el refuerzo positivo medía la relación entre la activación y los síntomas depresivos, para poder identificar los mecanismos de tratamiento de la AC. Los resultados indicaron que esta terapia mejoró la puntuación en el BDI-II, BADS y EROS en la evaluación posterior al tratamiento en comparación con la evaluación previa al tratamiento, lo cual indica la eficacia de la activación del comportamiento. Sin embargo, no hubo una relación

directa significativa entre la activación y los síntomas depresivos. El análisis de mediación indicó que la activación tenía una relación indirecta significativa con los síntomas depresivos a través del refuerzo positivo, lo que indica que el refuerzo positivo fue un mediador en la relación entre la activación y los síntomas depresivos.

## CAPÍTULO 3

### ARTE

El arte posee distintas definiciones, debido a que es un término subjetivo, se puede referir como una manera de expresarnos a través de imágenes, sonidos, formas, y movimientos, puede dividirse en diferentes clases por las técnicas que son empleadas para su creación, sin embargo, considero que cada persona tiene un concepto acerca de ésta. Vilchez, Ávila, Moreno y Reyes (2018) mencionan que para que pueda crearse el arte, es importante la creatividad personal.

Goñi 2000 (como se citó en Chacón, 2005) refiere que el proceso creativo es un cambio en la percepción con el fin de generar una nueva idea o solución, además establece que la creatividad se establece en las estrategias que las personas utilizan para obtener las nuevas ideas. Refiriéndose a los procesos cognitivos, Barroso (2012) indica que la creatividad hace referencia a la presentación de distintos procesos mentales tales como observar, recordar y reconocer y tomar una decisión.

#### 3.1 Definición de arte (actividades artísticas)

Read (1931) consideraba que el arte se hallaba asociada solo con las artes plásticas o visuales, sin embargo se tiene que contemplar la música y la literatura debido a que todas tienen algo en común, por ejemplo, los arquitectos se expresan por medio de construcciones que tienen un objetivo útil, los músicos solo con sus melodías pueden llegar al público sin la intervención de los medios de comunicación, el poeta debe utilizar palabras de acuerdo al cambio de las

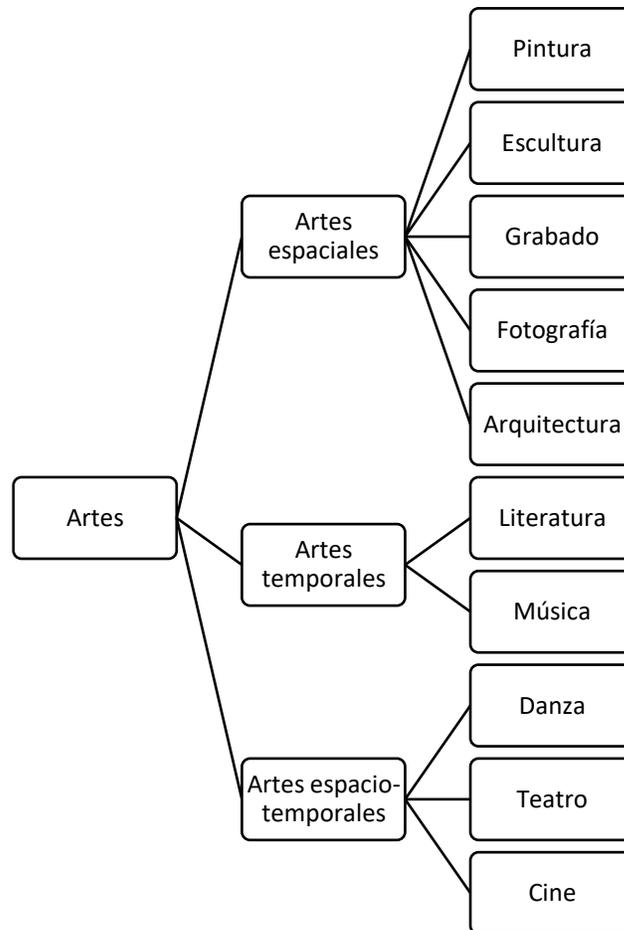
conversaciones y el pintor se expresa a si mismo mediante la representación del mundo visible. Todos los artistas buscan agrandar, es así que el arte se define como una creación de formas agradables, que tienen como objetivo satisfacer el sentido de belleza a través de nuestras percepciones sensoriales.

Tatarkiewicz (2001) menciona que el arte es una actividad humana que es capaz de reproducir cosas, construir formas, o expresar una experiencia, el producto de estos procesos pueden generar emociones agradables.

Por otra parte, Acha (2005) define el arte como un fenómeno sociocultural cuya producción se realiza en distintos medios y se requieren de distintos materiales, técnicas y procedimientos.

### 3.2 Clasificación de las artes

Existen distintas clasificaciones de las artes, tomando en cuenta las categorías y conceptos. Escobar (2009) plantea una clasificación con base en los conceptos espacio tiempo (figura 5).



*Figura 5.* Adaptado de “Conocimientos fundamentales para la formación artística” por I. Escobar, 2009, México: UNAM

Por su parte, Acha (2005) clasifica las artes en 4 clases:

1. Literarias
2. Musicales o auditivas
3. Corporales o del espectáculo
4. Plásticas

Sin embargo, la clasificación más difundida es aquella que la que designa a siete oficios como “Bellas Artes”, y es ampliamente conocida porque comprende a las

manifestaciones estéticas que invariablemente pensamos relacionadas con la creación artística: literatura, escultura, arquitectura, pintura, música, danza y cine.

La forma de los objetos añade ideas que se pueden utilizar para una producción, lo cual se denomina como la tarea principal del arte; la producción supone que se poseen facultades ejecutivas, lo que da como resultado una necesidad natural de transmitir nuestras ideas a los demás. Los sentidos son aquellos medios por los cuales se puede emplear la producción, es que nacen las artes plásticas, sonoras, tónicas y literarias. (De Manjarrés, 1859).

### 3.3 Actividades artísticas y depresión en adolescentes

Las actividades artísticas pueden ser de gran ayuda en el tratamiento de la depresión, incluidas en la AC que tiene como objetivo incrementar el acceso a eventos agradables y reforzadores positivos además de disminuir eventos aversivos y las consecuencias de los mismos (Hopko et al., 2003). A su vez Kanter et al. (2009) señalan que la AC promueve activar conductas alternativas a través del contacto con un contexto estable y fuente de reforzamiento positivo, por lo que los síntomas depresivos se reducirán. En la tabla 7 se presentan estudios experimentales que evidencian la eficacia de la AC como tratamiento para la depresión en adolescentes.

Tabla 7.

*Intervenciones basadas en la Activación Conductual como tratamiento para la Depresión en adolescentes.*

Autor principal	Año	Población	Instrumentos de evaluación	Actividades	Resultados
Ritschel, L., Ramirez, C., Jones, M. y Craighead, W.	2011	6 adolescentes (3 mujeres y 3 hombres) con edades entre 14 a 17 años que cumplían con los criterios de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) como diagnóstico primario.	*Programa Kiddie para Trastornos Afectivos (K-SADS) (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn & Moreci, 1997). *Escala de Depresión Infantil Revisada (CDRS-R) (Poznanski & Mokros, 1996). *Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV) (Wechsler, Kaplan, Fein, Kramer, Morris & Delis, 2004). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996). *Escala de Esperanza Infantil (CHS) (Snyder, Hoza, Pelham,	*Se reclutaron a los participantes por medio de la publicación de volantes acerca del tratamiento de la depresión en adolescentes en las escuelas y lugares públicos del sudeste de Estados Unidos de Norteamérica, cualquier persona interesada podía participar. Catorce participantes fueron seleccionados y solo 7 cumplieron con los requisitos de inclusión, sin embargo, una participante decidió que ya no estaba interesada en participar, a los 6 participantes restantes se les asignó un terapeuta de	*Los resultados de línea base del CDRS y BDI indicaron que el grupo de los 6 participantes tenían depresión moderada a severa. *Los resultados de línea base del CHS mostraron que el grupo de los 6 participantes tenían una esperanza baja *A todos los participantes se les ofreció un máximo de 22 sesiones durante 18 semanas de tratamiento. La asistencia varió de 11 a 16 sesiones Ninguno de los participantes eligió usar las cuatro sesiones opcionales que se les ofrecieron; ninguno asistió a las 18 sesiones completas. *La deserción fue baja, solo una participante de 6 dejó de asistir, (83%) completando un mínimo de 14 sesiones. *Los resultados indicaron que las puntuaciones finales de depresión de todos los participantes disminuyeron tanto en el CDRS como en el BDI, además mostraron que los niveles de

		Rapoff, Ware, & Danovsky, 1997).	Activación Conductual.	esperanza de los participantes aumentaron en el transcurso del estudio.
Pass, L., 2015 Brisco, G. y Reynolds, S.	Adolescente mujer de 15 años con depresión leve. Había sido evaluada por un psiquiatra privado de niños y adolescentes, le recetó fluoxetina y recibió siete sesiones de TCC con un terapeuta privado. Informó de un estado de ánimo bajo persistente y rechazó más TCC, pero estaba dispuesta a probar la Breve Terapia de Activación Conductual para la Depresión.	*Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000). * Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil para Padres (RCADS-P) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000). *Escala de Calificación de Resultados (SRO) (Miller & Duncan, 2000) *Escala de Calificación de la Sesión (SRS) (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, & Johnson, 2003) *Escala de Activación Conductual para la Depresión: Versión Corta (BADS-SF)	*Se realizó una adaptación de la Terapia Breve de Activación Conductual para la Depresión en Adolescentes. *Se introdujo el enfoque de la Terapia Breve de Activación Conductual para la Depresión junto con el libro de trabajo. Los padres asistieron a parte de la primera sesión (justificación y estructura del programa de trabajo), además se implementó un libro de trabajo para los padres. *Durante todas las sesiones se trabajó con los padres de la paciente mediante el libro de trabajo. *Se realizaron registros de las actividades realizadas durante las semanas del tratamiento.	*El resultado fue revisado un mes después de la sesión 8 con la paciente y su madre. Las medidas de resultado de rutina de la participante y su madre indicaron que después de comenzar la Terapia Breve de Activación Conductual para la Depresión en Adolescentes, las puntuaciones de los síntomas de depresión de se redujeron y sus puntuaciones de funcionamiento aumentaron, así como su activación conductual. *La paciente asistía con regularidad a la escuela y reportó un progreso significativo hacia sus metas. "Hacer la tarea" fue calificado con 5/10, "Afrontar" fue calificado con 9/10 y "No sentirse angustiada por la tarea" fue calificado con 10/10. *Hubo una mejora confiable en los puntajes en la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil y en la Escala de Activación Conductual para la Depresión: Versión Corta. *En la Escala de Calificación de Resultados, la madre de la paciente sugirió que había una mejora confiable en su

		(Manos, Kanter, & Luo, 2011)	Además de planificar actividades de interés en diferentes áreas de la vida. *Se revisaba el progreso de cada semana. *Si el libro indicaba un contrato conductual, se realizaba en la sesión con los padres de la paciente. *En la última sesión se revisó el progreso, se habló acerca de la prevención de las recaídas incluyendo a los padres de la paciente.	funcionamiento, sin embargo aún no estaba por debajo del límite de una población no clínica.	
Takagaki et al.	2016	61 estudiantes (24 mujeres y 37 hombres) de la Universidad de Hiroshima, con edades de 18 a 19 años, con un puntaje mayor o igual a 10 en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que no hayan tenido un episodio depresivo mayor en el último año y que no hayan	*Versión Japonesa del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Kojima & Furukawa, 2003) *Versión Japonesa de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) (Takagaki, Okajima, Kunisato, Nakajima, Kanai, Ishikawa & Sakano, 2013). *Versión Japonesa	*El programa de tratamiento se centró en aumentar el acceso a las actividades de refuerzo positivo que se diseñaron para mejorar la tasa de refuerzo positivo contingente de respuesta, y consistió en 5 sesiones semanales de 60 minutos.	* Los resultados indicaron que la Activación Conductual mejoró el puntaje en el Inventario de Depresión de Beck, el puntaje de la Escala de Activación Conductual para la Depresión y el puntaje en la Escala de Observación de Recompensas, en el post tratamiento como evaluación en comparación con la evaluación previa al tratamiento. Estos resultados son indicativos de la eficacia de la activación conductual. *No hubo una relación directa

	recibido tratamiento psicofarmacológico o psicológico.	de la Escala de Observación de Recompensas Ambientales (EROS) (Kunisato, Takagaki, Okajima, Nakajima, Ishikawa, Kanai, Okamoto, Sakano & Yamawaki, 2011). *Entrevista Diagnóstica Internacional Estructurada (CIDI) (Kesslerand & Ustun, 2004).		significativa entre la activación y los síntomas depresivos. El análisis de mediación indicó que la activación tenía una relación indirecta significativa con síntomas depresivos a través del refuerzo positivo, lo que indicó que el refuerzo positivo fue un mediador en la relación entre la activación y los síntomas depresivos.
Antón, V., 2016 García, P. y García J.	Adolescente mujer de 18 años de edad la cual presenta síntomas graves de depresión, además de ansiedad y baja autoestima.	*Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1965). *Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Vázquez & Sanz, 1991). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel & Cano, 1986). *Versión en español de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Moral de la	*La intervención consistió en 12 sesiones. En las dos primeras sesiones se llevó a cabo la entrevista clínica para la recogida de la información necesaria para la contextualización y análisis funcional del caso, también se aplicaron las pruebas de evaluación pertinentes. *En la tercera sesión se realizó Psicoeducación sobre	*En el Inventario de Depresión de Beck, se obtuvo un puntaje de 17 (en riesgo de sufrir depresión) en comparación con el pre test de 31 (depresión severa), con base en los puntos de corte establecidos, la paciente no presenta un trastorno depresivo mayor. *En la evaluación de la Ansiedad mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad se observó que la ansiedad no tuvo una reducción significativa, ya que en algunas áreas la ansiedad sigue siendo referida como severa en el post test. *Los resultados obtenidos en la

		Rubia & Retamales, 2000).	la depresión, entrenamiento en respiración diafragmática y Activación Conductual. *En la sesión cuatro se revisó el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Afrontamiento. *En las sesiones 5 a 8 se trabajó el Entrenamiento en Asertividad, Reestructuración Cognitiva y Autoestima. *En cada sesión se realizaban las revisiones de tareas. *Se realizó el post test en la sesión 9, además de tener un seguimiento 2 y 4 meses después.	Escala de Autoestima de Rosenberg no tuvieron un alcance significativo, ya que la puntuación de la paciente en el pre test y en el post test fue inferior a 20. *En la Escala de Alexitimia, se obtuvo una ligera mejoría, ya que al principio la participante obtuvo un puntaje de 49, en comparación al finalizar las sesiones con un puntaje de 46. El tratamiento no intervino directamente en esta variable, sin embargo, se contempló para evaluar el mantenimiento de los resultados y en otras áreas como la Asertividad, que tiene relación con la expresión verbal de sentimientos.
Pass, L., 2018 Lejuez, C. y Reynolds, S.	20 jóvenes (18 mujeres y 2 hombres) con edades de entre 14 y 17 años; que optaron por recibir un tratamiento de Terapia Breve de Activación	*Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000). *Escala Revisada de Ansiedad y	*Se realizaron de 6 a 8 sesiones individuales, con una participación estructurada de los padres en las sesiones 1, 6 y 8. *Se introdujo el enfoque de la Terapia Breve de Activación	*De los 20 adolescentes que comenzaron Terapia Breve de Activación Conductual, 19 participaron en el tratamiento y 18 completaron las ocho sesiones y la revisión. *Una joven informó que no era el tratamiento adecuado para ella después de cuatro sesiones. Se

<p>Conductual. Diez participantes tenían trastorno de ansiedad, uno tenía diagnóstico de fatiga crónica y uno esperaba los resultados de evaluación del Trastorno de Espectro Autista. Trece jóvenes presentaban ideación suicida activa en la evaluación. Nueve participantes tomaban medicamentos antidepresivos y cuatro habían recibido atención psicológica anteriormente.</p>	<p>Depresión Infantil para Padres (RCADS-P) (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, &amp; Francis, 2000). *Escala de Calificación de Resultados (SRO) (Miller &amp; Duncan, 2000) *Escala de Calificación de Sesión (SRS) (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, Brown, &amp; Johnson, 2003) *Cuestionario Breve de Retroalimentación de la Terapia Breve de Activación Conductual.</p>	<p>Conductual para la Depresión junto con el libro de trabajo. Los padres asistieron a parte de la primera sesión (justificación y estructura del programa de trabajo), además se implementó un libro de trabajo para los padres. *Durante todas las sesiones se trabajó con los padres de los participantes mediante el libro de trabajo. *Se realizaron registros de las actividades realizadas durante las semanas del tratamiento. Además de planificar actividades de interés en diferentes áreas de la vida. *Se revisaba el progreso de cada semana. *Si el libro indicaba un contrato conductual, se realizaba en la sesión con los padres de los participantes.</p>	<p>usaron dos sesiones más para revisar sus síntomas y su progreso, antes de discontinuar y ponerla en la lista de espera para la TCC. Posteriormente rechazó la TCC o cualquier otro aporte y fue dada de baja del servicio. *Otra joven asistió a cuatro sesiones, luego fue dada de alta porque sus síntomas remitieron *En la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil hubo una reducción significativa en los síntomas de depresión auto informados desde la evaluación hasta la sesión 8, y desde la evaluación hasta la revisión. *En la Escala de Calificación de Resultados hubo un aumento significativo en el funcionamiento auto informado de la sesión 1 a la sesión 8. El informe de los padres también indicó un aumento significativo en el funcionamiento de la sesión 1 a la sesión 8. *13 jóvenes (65%) no necesitaron más información psicológica; de este grupo, ocho fueron dados de alta del servicio por completo y cinco permanecieron con medicamentos antidepresivos De los siete jóvenes restantes, cuatro fueron referidos para TCC (tres por</p>
---	--	--	--

---

*En la última sesión se revisó el progreso, se habló acerca de la prevención de las recaídas incluyendo a los padres de los participantes.	ansiedad, uno por ansiedad y bajo estado de ánimo). Una joven fue canalizada a servicios de salud mental para adultos para TCC por ansiedad, ya que tenía casi 18 años.
--	---

---

Nota: Elaboración propia.

Los hobbies o las actividades recreativas pueden fungir como una alternativa para el control de la depresión, debido a que reducen los síntomas además de promover el cambio personal y creatividad (Van, 2016).

Barraca y Artola (2015) afirman que la creatividad es un fundamento de la cognición humana que tiene relación con la inteligencia, señalan que se puede definir como un procedimiento distinto para el procesamiento de información y así generar nuevas conexiones que posibilitan el proceso creativo; no la consideran como una habilidad; más bien como un medio que aporta factores motivacionales y actitudinales.

## CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue realizar una búsqueda sistemática de la literatura disponible relacionada a la AC centrada en la ejecución de actividades artísticas para la atención de la depresión en adolescentes, ya que a pesar de que se han llevado a cabo investigaciones en población adolescente, no se ha implementado este tratamiento en población mexicana.

La depresión es considerada como un trastorno, síndrome o enfermedad, sin embargo, todas las definiciones concuerdan en los síntomas que ésta conlleva. La población adolescente es referida como la más vulnerable para padecerla, debido a la etapa en la que se encuentran, los cambios que conlleva su desarrollo y en algunos casos el entorno donde se desenvuelven. Existen diversos tratamientos para la depresión, los cuales pueden ser farmacológicos y no farmacológicos, en éstos últimos se encuentra la TCC que tiene como objetivo modificar los pensamientos que mantienen la depresión, y en particular se encuentran las técnicas de tercera generación, a la cual pertenece la AC, que enfatiza el contexto y posee fundamentación teórica, estructurada y cuenta con apoyo empírico que la hace una terapia muy eficaz para la depresión.

La AC es considerada como un tratamiento fuerte en un nivel de evidencia de la “Escala de Fuerza de Apoyo a la Investigación” ([APA], 2019) sin embargo, es recomendable un tratamiento multicomponente, complementando con otros procedimientos como Psicoeducación, Solución de Problemas y Entrenamiento en Habilidades Sociales (Kanter et al., 2009). Además, es importante señalar que el

Manejo de Contingencias puede auxiliar a la AC; debido a que forma parte de las terapias de tercera generación, el contexto es de gran importancia por el entorno en el que se desenvuelve el adolescente, es decir, la familia, los amigos o la pareja pueden ayudar a modificar las conductas e incluso incrementar conductas deseables mediante la administración de refuerzos adecuados. Hay que mencionar además que la AC promueve un cambio en el ambiente, a su vez, evalúa las fuentes de reforzamiento con las que no se ha tenido contacto y obtiene como resultado una mejora en el adolescente por medio de reforzadores naturales.

La AC enfocada en Actividades Artísticas no debe ser referida como similar al Arteterapia o a la Terapia Ocupacional, ya que su principal objetivo es aumentar el contacto de las personas con fuentes de reforzamiento positivo a través de actividades agradables y mejorar el contexto de su vida. Además, proporciona una manera de expresarse emocionalmente, cultura general y valores humanos. Conviene señalar que la AC y la realización de actividades artísticas no requieren la obtención de habilidades específicas, es decir, cualquier actividad recreativa o de índole artístico (visitar un museo, asistir a clases de dibujo, ver una obra de teatro) funciona en beneficio al tratamiento de la depresión.

De la evidencia encontrada, se encontraron cinco artículos donde se implementó la AC como tratamiento para la depresión en adolescentes, en tres de ellos se trabajó con poblaciones de seis a 61 adolescentes con un rango de edad de 14 a 19 años, todos estudiantes y reclutados por evaluación psicológica. Reportan que la depresión disminuyó de acuerdo con los instrumentos de medición que se

utilizaron, de entre los cuales destacan el BDI-II y la Escala de Ansiedad y Depresión Infantil y la Escala de Esperanza Infantil, además se concluyó que el refuerzo positivo funciona como mediador entre la AC y los síntomas depresivos.

En aquellos donde se trabajó con solo un adolescente, se incluyó el BDI-II, la Escala de Ansiedad y Depresión Infantil, la Escala de AC y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Es relevante mencionar que como parte de la intervención se incluyó el apoyo de los papás a lo largo de las sesiones de trabajo por medio de un libro que les otorgaban los terapeutas, esto con el fin de valorar los cambios y resultados. Se observó una reducción en los niveles de ansiedad y depresión, pero no hubo un alcance significativo en la mejora de la autoestima.

En todos los artículos revisados se reportaron mejoras en el tratamiento de la depresión mediante la AC, sin embargo, solo se hacía mención de actividades agradables sin especificar el tipo de actividad que realizaban o en que contexto se encontraban, por lo que puede resultar benéfico la implementación de actividades artísticas ya que no sólo se promueve a partir de ella el desarrollo artístico, sino que también, propicia el contacto con refuerzos positivos mediante el contexto donde se encuentren lo que ayuda a la prevención y/o atención de la depresión.

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Acha, J. (2005). Expresión y apreciación artísticas. México: Editorial Trillas.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11).
- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista Estudios de Juventud*, 84, 85-104.
- Alzuri, M., Hernández, N., & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152-154. Recuperado de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>
- American Psychological Association (2019) Division 12 of the American Psychological Association. Diagnosis: Depression. Treatment: behavioral activation for depression. Recuperado de <https://www.div12.org/treatment/behavioral-activation-for-depression/>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Antón, V., García, P. & García, J. (2016). Intervención Cognitivo Conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119.
- Arzaluz, S. (2014). Propuesta de un programa de terapia artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5ª ed.) México: Editorial Medica Panamericana.

- Barraca, J & Artola, T. (2015). La creatividad: el reto de su medida y desarrollo. *Revista Padres y Maestros*, (362).
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8, 23-47.
- Barraca, J. (2016). La activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42(165-166), 15-33.
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015). Activación Conductual para el tratamiento de la depresión. Madrid: Síntesis.
- Barroso F. (2012). Factores y Razones para desarrollar la creatividad en las empresas. Un estudio en el Sureste de México. *Revista de Ciencias Sociales*, 18(3), 509-516. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/280/28024392009.pdf>
- Becerra, A., Lugo, I. & Reynoso, L. (2013). Terapia de Activación Conductual en pacientes oncológicos: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 10(1), 163-168.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010) Terapia cognitiva de la depresión. España: Descleé de Brower.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica de México*, 55(1), 74-80.
- Bianchi, J. y Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80.
- Bianchi, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93

- Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1305.
- Chacón, Y. (2005). Una revisión crítica del concepto de creatividad. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 5(6).
- Chapi, J. (2013). Características de la depresión en la adolescencia. *Revista digital EOS Perú*, 1(1), 59-65.
- Costello, G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2007). Modelos explicativos de las ciencias del comportamiento, tratamiento cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, (13), 1-5.
- De Manjarrés, J. (1859). *Teoría e Historia de las Bellas Artes: Principios Fundamentales*. Barcelona: Kessinger Publishing.
- Escobar, I. (2009). *Conocimientos fundamentales para la formación artística*. México: UNAM
- Ferster, C. (1965). Classification of Behavior pathology. En U. Krasner. *Research in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62.
- González, M., Gil, P., Carrasco, I. & García, S. (2001). *Depresión. Un enfoque gerontológico*. Madrid, España: Ediciones 2010.
- Hale, A. & Spates, R. (2015). Behavioral Activation: Only an Intervention for Treating Depression, Or An Approach for Achieving a Meaningful Life? *Annals of Psychotherapy*, 1-14.
- Herrnstein, R. J. (1970). On the law of effect. *Journal of Experimental Analysis Behavior*, 13, 243-266.

- Hopko, D., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. & Eifert, G. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Illnait-Ferrer, J. (2012). Melatonina: actualidad de una hormona olvidada. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 43 (3).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Salud Mental. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Kanter, J. W., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2009). Behavioral Activation: Distinctive Features. Nueva York: Routledge
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E. & Landes, S. J. (2008). The Nature of Clinical Depression Symptoms, Syndromes and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 31, 1-21.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral activation for depression scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 36-42.
- Kanter, J., Manos, R., Busch, A., & Rusch, L. (2008). Making behavioral activation more behavioral. *Behavior Modification*, 32, 780-803. doi:10.1177/0145445508317265
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 225-286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2002). The brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): A comprehensive patient guide. Boston, MA: Pearson Custom Publishing.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revisión of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35, 111-161.
- Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Nueva York: Wiley
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 809–818.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M. & Zeiss, A. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P., Youngren, M. & Grosscup, S. (1979). Reinforcement and depression. En R.A. Depue (dir.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press
- Lewinsohn, P.M. & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P.M., Biglan, A. & Zeiss, A.S. (1976). Behavioral treatment of depression en P.O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146), Nueva York: Brunner/Mazel
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of unipolar depression en S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavioral therapy* (pp. 313-359), Nueva York: Academic Press.

- Llardi, S. & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factor in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 38 – 55.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W. W. Norton, & Company, Inc.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre depresión*. México: Editores Intersistemas.
- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S. & Dimidjian S. (2016). The Adolescent Behavioral Activation Program: Adapting Behavioral Activation as a Treatment for Depression in Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3).
- McCauley, E., Schloredt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 371-383.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16
- Mental Health America. (2019). Depresión. ¿Qué es la depresión? Recuperado de <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/¿qué-es-la-depresión>
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- National Institute of Mental Health. (2009). Depresión. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Nota Descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Pass, L., Brisco, G., & Reynolds, S. (2015). Adapting brief Behavioural Activation (BA) for adolescent depression: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, 1-33.
- Pass, L., Hodgson, E., Whitney, H. & Reynolds, S. (2017). Brief Behavioral Activation Treatment for Depressed Adolescents Delivered by Nonspecialist Clinicians: A Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 208-224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.05.003>
- Pass, L., Whitney, H. & Reynolds, S. (2016). Brief behavioural activation for adolescent depression: working with complexity and risk. *Clinical Case Studies*, 15(5), 360-375. doi: <https://doi.org/10.1177/1534650116645402>
- Pérez, M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía eduPsykhé*. 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(5).
- Ponce De León, C., Hernández, M. Morillas, U. & Scigliano, H. (s.f.). Enfoque psicológico de la depresión. CINTECO. Recuperado el 21 de noviembre de <http://www.cinteco.com/profesionales/pdfs/depresion.pdf>
- Prien, R.F. & Kupfer, D.J. (1987). Continuation drug therapy for major depressive episodes: ¿How long should it be maintained? *American Journal of Psychiatry*. 143, 18-23
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 8(2), 251-257
- Read, H. (1931). El significado del arte. Madrid: Editorial Losada.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*. 8, 787-804
- Rivadeneira, C., Dahab, J & Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1-6

- Romero, R., Poves, S & Vucinovich, N. (2015). Efectos de la Activación Conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso. *Análisis y Modificación de la conducta*, 41(163-164), 59-73.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura T., Yokoyama, S., Shiota, S., Okamoto, Y., Miyake Y., Ogata, A., Shimoda, H., Kawakami, N., Furukawa, T. & Yamawaki, S. (2016). Mechanisms of behavioral activation for late adolescents: Positive reinforcement mediate the relationship between activation and depressive symptoms from pre-treatment to post-treatment. *Journal of Affective Disorders*, 204.
- Tatarkiewicz, W. (2001). Historia de seis ideas. Arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética. España: Editorial Tecno.
- Thase, M. (1990). Relapse and recurrence in unipolar major depression: Short-term and long-term approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 51-57.
- Thase, M. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 33-44.
- Valencia, J. (2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), 150-171. doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.3162>
- Van, T. (2015). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9-22
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez. Manual de psicopatología. Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C., & Polaino, A. (1982). La indefensión aprendida en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 11, 70-89.
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

- Veytia, M., González, N., Andrade, P & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Vilchez, J., Ávila, M., Moreno, M. & Reyes M. (2018). Arte y psicología. *Estudios sobre arte actual*, (6), 35-46.
- Wagner, A., Zatsick, D., Ghesquiere, A. & Jurkovich, G. (2007). Behavioral Activation as an Early Intervention for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Physically Injured Trauma Survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 341–349.
- Weersing, V., Jeffreys, M., Do, Minh-Chau., Schwartz, K. & Bolano, C. (2017). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1) 11-43.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. & Muñoz, R.F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.