

# Terapia cognitiva y activación conductual del trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias

## Cognitive Therapy and conductual activation, recurrent major depressive disorder induced by substances

Juan Felipe Valencia Acevedo\*

Recibido: 18 de julio de 2018- Aceptado: 21 de diciembre de 2018–Publicado: 02 de enero de 2019

**Forma de citar este artículo en APA:**

Valencia Acevedo, J. F. (enero-junio, 2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 150-171. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3162>

### Resumen

Este estudio de caso único presenta la intervención en un paciente con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio recurrente y características de ansiedad inducidas por sustancias. Para la fase de línea base y medición se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y una entrevista clínica. Después de 16 sesiones, se evidencia una reducción significativa en las puntuaciones de depresión del paciente. Se discute la importancia de direccionar los ámbitos investigativos en el establecimiento y difusión del modelo de AC para la depresión como estrategia sólida y eficaz combinándolo con la TC, presentando estudios en los cuales se muestre un rigor investigativo que permita evidenciar el cambio individual en las variables relacionadas con los síntomas depresivos.

### Palabras clave:

Activación Conductual; Diseño de caso único; Psicología basada en la evidencia; Trastorno Depresivo mayor; Terapia Cognitiva.

\* Psicólogo y Magíster en Psicoterapia. Profesor de psicología, Corporación Universitaria Minuto de Dios–UNIMINUTO Medellín-Colombia. Correo electrónico: [juan.valencia-ac@uniminuto.edu.co](mailto:juan.valencia-ac@uniminuto.edu.co), ORCID 0000-0002-3744-5260

## Abstract

This study, of unic case presents the intervention in a patient with major depressive disorder diagnosis, recurrent episode and characteristics of anxiety provoked by substances. For the stage of baseline and measurement the Inventory of Beck's Depression was used (BDI-II), Inventory of Beck's Anxiety (BAI), Scale of Beck's Despair (BHS) and a clinic interview. After 16 sessions, a meaningful reduction was evidenced in the depression score of the patient. The importance of directioning the investigative areas is discussed in the establishment and diffusion of the AC model for depression as a solid strategy and efficient if combined with the TC, showing studies in which are an investigative rigor shown that allows to evidence the individual change in the related variables with the depressive symptoms.

## Keywords:

Conductual Activation; Unic Case Design; Evidence Based Psychology; Major Depressive Disorder; Cognitive Therapy.

## Introducción

El episodio depresivo mayor está referenciado en el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su 5ª edición (DSM-5, 2013), como una patología compuesta por un conjunto de criterios diagnósticos como estado de ánimo deprimido o bajo que persiste durante la mayor parte del día, casi todos los días, además de la incapacidad de experimentar felicidad o placer; agrega síntomas como pérdida de peso sin hacer dieta, aumento de peso o del apetito, alteraciones en el sueño como insomnio o hipersomnia, signos de agitación o retraso psicomotor, sentimientos de fatiga o de pérdida de la energía, de inutilidad o de culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte o ideaciones suicidas sin un plan determinado e intentos suicidas o un plan específico para llevarlo a cabo (American Psychiatry Association, 2013).

Como criterio contribuyente al trastorno depresivo, también es necesario clarificar la correlación que existe entre el trastorno inducido por sustancias (TIS) y el trastorno por el uso de sustancias (TUS). Los siguientes cuadros psicopatológicos se consideran dentro del grupo TIS: la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos como los “psicóticos, los bipolares y relacionados, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el delirium y los trastornos neurocognitivos” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481).

Es necesario particularizar esta clasificación diagnóstica porque el abuso en consumo de drogas produce una activación del sistema de recompensa cerebral, (núcleo accumbens) implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos (American Psychiatry Association, 2013). “Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481), es decir que, en vez de obtener esta estimulación utilizando comportamientos y conductas adaptativas, las drogas que se consumen reemplazan estas rutas y activan las vías de recompensa sin atajos o directamente. Esta activación produce generalmente que los pacientes con menores niveles de autocontrol e inhibición cerebral estén más predispuestos a desarrollar TUS, lo cual sugiere que “se pueden evidenciar las raíces de estos trastornos a través de los comportamientos que se instauran con bastante anterioridad al propio consumo de la sustancia” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481).

Los TIS son síndromes en doble vía ya que pueden ser potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes y se habitúan como residuo de los efectos del abuso de sustancias (American Phychiatry Association, 2013). La diferencia entre estos y los TUS está en que “un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia” (American Phychiatry Association, 2013, p. 487).

“Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias comparten ciertas características” (American Phychiatry Association, 2013, p. 488), las cuales radican, primero, en que la alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante. Segundo, es necesario que existan pruebas de los síntomas que se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia consumida a partir de la historia clínica. Tercero, la alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias). Es decir que la alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al consumo, o el trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (por ejemplo, al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la droga. Cuarto, el trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium. Y quinto, la alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (American Phychiatry Association, 2013).

El panorama nacional del trastorno depresivo muestra que es el más prevalente en la población respecto a otros trastornos, según reportan (Gómez, et al., 2016), con una prevalencia de vida del 4.3% (IC95%). Y de igual manera, cita unos factores o predisposiciones personales reseñados en la IV Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) que significativamente puntúan y están asociados a cualquier trastorno. Se encontraron factores, como estar separado, viudo o divorciado (OR = 1.3), el intento de suicidio previo (OR= 3.3) y tener seis o más rasgos de personalidad límite (OR = 2.7), que incrementan el riesgo de padecer algún trastorno mental como el trastorno depresivo.

En el segundo estudio de salud mental del adolescente realizado en Medellín (Universidad CES y Alcaldía de Medellín, 2009) se muestra un análisis bivariado en referencia la depresión y se identifican los factores de riesgo para depresión. Para ello, puede observarse que el factor con más fuerza es el maltrato infantil (R=4.4 con IC 95% 3.57–5.40), también presentar problemas de conducta (R= 4.2 e IC 95% 3.16–5.68), el estrés postraumático (R= 3.4 e IC 95% 2.73 – 4.4); otros factores de riesgo importantes encontrados fueron la presencia de problemas académicos, ausencia de red de apoyo, dependencia de drogas y dependencia al alcohol.

Como variable biológica y etiológica del trastorno de depresión, se considera que sus bases pueden tener un origen genético, fisiológico u hormonal, o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales. Sin embargo, las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos (Caponi, 2009). Partiendo del antidepresivo, se inicia la búsqueda de causas biológicas, por lo tanto, se encuentra en la posibilidad de identificar cuáles son los mecanismos biológicos o los receptores neuronales afectados por este antidepresivo y, de ese modo, se podrá conocer la causa orgánica, cerebral. Además, se pueden identificar posibles disfunciones en el sistema nervioso central únicamente después de que ocurren las modificaciones en las estructuras cerebrales a causa de las modificaciones que los antidepresivos provocan en las conductas.

También Londoño Pérez y González Rodríguez (2016) realizaron un análisis de factores asociados al trastorno depresivo, o estudio de ecuaciones estructurales, en el que incluyeron variables como la ansiedad con un peso relativo de varianza de  $PRVE=0.37$ , los estilos de afrontamiento con un indicador de  $PRVE=0.38$ , el funcionamiento familiar puntuando  $PRVE=0.32$  y el género con un  $PRVE=.16$ . Esto puede brindar una explicación de cómo el 66% de severidad de la depresión es probable que se presente en hombres. En este estudio de ecuaciones estructurales se concluye que, para el primer y segundo factor, un estilo de afrontamiento mixto conformado por la evitación con una puntuación de 0.21, seguido de una puntuación negativa que hace el estilo centrado en la solución de problemas (-0.11) y del aporte positivo del afrontamiento centrado en la autoculpa (0.10), predisponen para la aparición del trastorno. Luego se explican unas variables latentes en el proceso del tercer factor denominadas acontecimientos vitales estresantes, y el funcionamiento familiar con una puntuación  $PRVE=0.32$  respectivamente; se evidencia de manera contundente que el impacto psicológico aporta en mayor medida y de forma negativa con un -0.56, más que el número de eventos reportados por la persona con un 0.03, a la explicación de la severidad de la depresión. Respecto del funcionamiento familiar, se encontró que la disfunción familiar aporta un peso relativo de varianza positivo que puntúa 0.15 y el soporte familiar aporta de forma negativa con -0.19. En el cuarto factor, se encontró que el rol de género aportaba el menor peso a la aparición del trastorno con un  $PRVE=0.16$  en la masculinidad y el rol femenino con una puntuación de  $PRVE=0.22$ . Todas las relaciones descritas del modelo cumplen el criterio mínimo de ser significativas con un  $p \leq 0.05$ .

Para explicar el proceso de intervención se desarrolla el modelo cognitivo. Para Riso (2006), en el modelo cognitivo las perturbaciones psicológicas tiene un común denominador llamado distorsiones del pensamiento, que tiene influencia notoria en las emociones y el comportamiento de las personas. También propone que una óptima evaluación y modificación del pensamiento presenta un efectivo resultado de mejoría en esos estados de ánimo y de comportamientos. Concluye entonces que esta mejoría se da en razón de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. En el mismo texto, Leahy (2003) afirma que el modelo de la terapia cognitiva está basado en el supuesto de que los estados disfuncionales, como la depresión, ansiedad o ira son

frecuentemente mantenidos por pensamientos distorsionados. Riso (2006) ahonda en que la terapia cognitiva puntualiza y su punto focal de trabajo está en la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, y la relación que tienen estos pensamientos automáticos, las distorsiones cognoscitivas con las emociones y el comportamiento. También indica que el paquete de tratamiento se proyecta y focaliza en identificar y corregir esas estructuras de procesamiento de información que contienen pensamientos/emociones, valores, esquemas motivacionales y un sistema general de creencias.

Ahora como estrategia de tratamiento alterna al modelo cognitivo, se realiza la implementación de la terapia de activación conductual para la depresión, citada en Barraca (2010, p. 184). Este autor resalta que la activación se encamina, como su nombre lo indica, a reducir o mitigar efectivamente los síntomas depresivos, es decir, puntualizar en jerarquización de tareas, programación de objetivos vitales, reforzar conductas de contacto social o realización de actividades gratificantes. Mostrando este tipo de intervención como una de las que posibilitan mejorar el cuadro depresivo de forma estable y evitar futuras recaídas. En conclusión, el autor indica que es posible definir la terapia de activación conductual como “un procedimiento bien estructurado, aunque flexible y con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo” (Barraca, 2010, p. 184).

Al buscar el impacto y efectividad de la terapia de activación conductual para la psicopatología de la depresión, se encuentra que en su contenido promueve a que el consultante participe en actividades valiosas y agradables, es decir que este modelo de intervención se convierte en una de las terapias más prometedoras para implementar dentro del campo clínico, en tanto promueve elevar indicadores de bienestar en la persona que padece esta enfermedad, de acuerdo con el texto “Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis” (Mazzucchelli, Kane & Rees, 2010). Aquí se halló un tamaño de efecto estadísticamente significativo ya que el puntaje (g de Hedges) indicó que la diferencia en el efecto presentando por la AC y las condiciones de control en el postest fue de 0.52. Por lo tanto, según concluyen los autores, la AC parece proporcionar una intervención con suficiente sustento y evidencia científica como para promover el bienestar de una gama de poblaciones tanto en entornos clínicos como no clínicos.

Como se ha mostrado con la citación de artículos que referencian las psicoterapias a implementar en el transcurso de este análisis de caso, es necesario mencionar que dicha bibliografía y apuntes técnicos de la efectividad y eficacia de la psicoterapia se caracterizan por estar dentro del marco de teorías y metodologías basadas en evidencia científica dentro de la psicología; es decir, según American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, p. 271), la llamada práctica basada en evidencia en psicología es un avance de la ciencia psicológica que se ha desarrollado muy en paralelo a los últimos 20 años de trabajo con base en la evidencia que ha presentado la medicina; la cual refieren autores citados en este mis-

mo artículo (Sox & Woolf, 1993; Woolf & Atkins, 2001). Esta labor terapéutica basada en la evidencia propende por el objetivo de asegurar los mejores resultados para el paciente, basados en fundamentos e información de la práctica clínica con investigaciones relevantes que potencialicen la efectividad y eficacia de la misma. De igual manera, Sackett, Rosen-Berg, Gray Haynes y Richardson (1996) hacen alusión a la práctica basada en la evidencia como la conciencia plena y crítica, además del uso juicioso, de la mejor evidencia presente en la literatura científica actual para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. Se adjunta a la búsqueda realizada de terapias basada en la evidencia, con significancia estadística sobre su efectividad, un estudio del tratamiento de terapia cognitivo conductual que, según la división 12 de la APA, cuenta con una fuerte evidencia. En el estudio “The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis” (Cristea, et al., 2015, p. 2), se buscaron ensayos aleatorios que compararan la terapia cognitivo conductual aplicada a la depresión en adultos versus grupos de control u otras terapias. Mejor indica que una óptima interpretación de estos hallazgos sirve para confirmar “la primacía del cambio cognitivo en el cambio de síntomas, independientemente de cómo se logre, así como la idea de que los pensamientos disfuncionales son simplemente otro síntoma que cambia después del tratamiento” (Cristea, et al., 2015, p. 2).

En búsqueda de más evidencias que apoyen la efectividad de esta terapia, se referencia a (Cuijpers, et al., 2013) quienes se preguntan qué tan perdurables son los resultados de la terapia cognitiva conductual aplicada a la depresión, en comparación con los resultados que arroje la permanencia de un consultante en tratamiento farmacológico,; indican los autores: “en este metanálisis, se comparan los efectos de la TCC en fase aguda sin ningún tratamiento posterior, con los efectos de la farmacoterapia que se continuaron o suspendieron entre los 6 a 18 meses de seguimiento” (Cuijpers, et al., 2013, p. 2). Los autores concluyen que la terapia cognitivo conductual (TCC) tiene un efecto que permanece después de la finalización del tratamiento. También indican que no existen diferencias significativas en la recaída después de la TCC versus la continuación de la farmacoterapia después de la remisión. Para concluir con este apartado, los autores advierten que “dado el pequeño número de estudios, este hallazgo debe interpretarse con precaución a la espera de la replicación” (Cuijpers, et al., 2013, p. 6). Por tanto, el objetivo es presentar un análisis de caso único en el que se pretende intervenir por medio de activación conductual y terapia cognitiva los síntomas cognitivos, emocionales, somáticos, interpersonales y comportamentales de un adolescente con trastorno depresivo mayor, episodio recurrente moderado, con características de ansiedad e inducido por sustancias.

## Método

### Diseño

El presente estudio analítico experimental de caso único es longitudinal ya que, según Bono (2012, p. 11), este tipo de estudios brindan más posibilidades en cuanto a la inferencia de relaciones causales del objeto observado, por lo tanto, su diseño es intra series de revisión A-B-A, o de Diseño de Medidas Repetidas (DMR); además, se caracteriza por la cantidad de información restringida de datos en intervalos de tiempo más espaciados (p. 11). Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez (2008) explican que la información a tomar (A) es la identificación de una línea base, para que esta sirva de contraste con el resultado luego de la aplicación y medida de (B), que es la aplicación de tratamiento seleccionado bajo condiciones de práctica basada en la evidencia, y por último (A), que indica el registro de datos en la fase de retirada del tratamiento. Se espera que en esta última fase, a causa del tratamiento implementado, se reduzcan el malestar y la problemática presentada por el paciente, en contraste con la información tomada inicialmente y el diagnóstico realizado en la primera fase de la línea base.

#### *Identificación del paciente y motivo de consulta*

Martín es un hombre joven de 19 años y de piel caucásica oriundo del municipio de Copacabana, Antioquia. Es soltero y actualmente vive con su madre y su hermano menor de 9 años, debido a que sus padres se encuentran en proceso de separación, por lo tanto, el padre habita el hogar materno. Su padre es comerciante y su madre es profesional en trabajo social. En este momento, el paciente se encuentra validando sus estudios secundarios de 10° y 11° porque presenta extra edad escolar para culminar esta formación académica en un colegio regular. De igual manera, se encuentra vinculado a una institución dentro del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en el cumplimiento de un proceso reeducativo con medida legal y libertad vigilada, por motivo de ingreso, porte y tráfico de estupefacientes. También como antecedente institucional presenta un ingreso a una comunidad terapéutica por periodo de un 1 mes y 15 días. Lo anterior es el motivo de la consulta y la razón por la cual es remitido. “Estoy muy triste, lloro todo el tiempo y en esas crisis de llanto no soy capaz de controlarme y me da un temblor, y siento mucha impotencia al no poderlo controlar” (Martín, comunicación personal).



## **Perfil sintomático**

En el proceso de entrevista clínica, el consultante manifiesta un cuadro de síntomas emocionales en el que expresa “sensación de inutilidad, impotencia, culpabilidad, tristeza, anhedonia”; síntomas cognitivos como pensamientos de muerte del tipo “me quiero matar”, pensamientos de aislamiento como “nunca me tiene en cuenta”, pensamientos de soledad como “me voy a quedar solo”, pensamientos auto referenciales como “siempre he sido rebelde”, pensamientos de inutilidad como “no sirvo para nada”, “mi vida ha fracasado”, pensamientos suicidas como “todo estaría mejor sin mí”, síntomas somáticos con los que llega a consulta: dolor de cuello y dolor de cabeza. Dentro de los síntomas comportamentales se encuentra un llanto constante, movimientos estereotipados o involuntarios en los brazos, auto exigencia, onicofagia, independencia financiera, consumo de sustancias, autolesiones y un actuar delictivo.

## **Historia del problema actual, social y personal**

**Área laboral:** el consultante narra dentro de la entrevista clínica que desde muy temprana edad ha presentado interés por el dinero, ya que su padre es comerciante y lo ha visto como gran referente; desde los 14 años empezó a trabajar en ocupaciones pequeñas que no demandaban un esfuerzo físico alto, pero sí gran cantidad de tiempo.

**Área educativa:** en consecuencia a su incursión laboral desde temprana edad, decide no volver a estudiar y deja su formación académica en el grado 6°, luego de haber perdido varios niveles en la formación primaria, para destinarse a ganar dinero.

**Experiencias traumáticas:** en el mes de febrero de 2017 es capturado por porte y tráfico de estupefacientes, sin ser este el primer ingreso al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, en el cual es sancionado a 12 meses en la modalidad de libertad vigilada. Refiere que desde este proceso sancionatorio empezaron a suceder eventos que probablemente precipitaron la problemática actual, ya que pensaba de sí mismo: “soy un delincuente, mi familia no me va ayudar, me siento excluido, me voy a quedar solo por la vida que elegí” y en consecuencia, se aislaba. Inicia el consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol, y se aísla para evitar problemas.

Se aclara que Martín continúa con su actuar delictivo mientras cumple en paralelo con la sanción impuesta, factor que lo llevó a presenciar la muerte de un amigo muy cercano en el mes de abril de 2017 y en el mes de mayo de 2017, a enfrentar “una crisis económica” con deudas imposibles de pagar, “favores y negocios”, según refiere en lenguaje callejero, aunque luego afirma que se trata de riñas entre combos por territorio. Por lo tanto, relata que empieza a sentirse muy desesperado, a llorar en las noches, a tener movimientos involuntarios, temblor y una angustia insoportable.

**Área afectiva:** en el mes de diciembre de 2016 termina con su pareja sentimental luego de una relación de un (1) año y medio, e inicia una frecuencia más alta de consumo de sustancias psicoactivas, adicción que empezó de manera recreativa y por aprobación social desde que tenía 15 años. Reforzó también los pensamientos como “nadie me quiere, no sirvo para nada, mi vida es un fracaso” y nuevamente se aísla del contexto interpersonal y familiar.

**Área familiar:** desde el mes de octubre de 2016 sus padres empiezan a fracturar su relación sentimental, luego, en el mes de marzo de 2017, toman la decisión divorciarse. Sus padres no hicieron nada para contener la crisis emocional de Martin por la terminación de su relación sentimental.

**Historia médica:** a finales del mes de mayo de 2017 se desencadena el primer episodio depresivo que lo lleva a ingresar al sistema de salud, donde fue valorado por psiquiatría y se le prescribe un plan farmacológico con Escitalopram de 10 mg y con 10 gotas de Clonazepam. Después ingresa durante 1 mes y 15 días a una comunidad terapéutica argumentando que el alto consumo de sustancias psicoactivas favoreció su cuadro depresivo y ve la pertinencia de un tratamiento de este tipo, no obstante, a esto no encuentra resultado. A pesar de que sus síntomas emocionales y reacciones comportamentales han disminuido en intensidad, el trastorno depresivo y las ideas suicidas sin un plan específico son recurrentes.

### *Observación sobre la evaluación del estado mental*

Según la valoración de las áreas mentales, con base en la información adquirida de la intervención y entrevista clínica, se ubican óptimas características en aspecto y apariencia, una conducta motora no regulada y de movimientos involuntarios en los brazos, un estado de conciencia alerta, un estado de ánimo y afecto coherente a su situación actual, en tanto se percibe desconfiado e irritable con puntos de quiebre cuando habla de su condición de salud actual, el delito cometido o sobre aspectos personales; se hayan elementos de sensorpercepción normales, niveles de atención y memoria fluctuantes, no se perciben dentro de su discurso alteraciones en las funciones psíquicas superiores, se encuentra orientado en tiempo, lugar y persona. Demuestra actitud prevenida durante toda la entrevista respondiendo de manera parca, su hablar es fluido y, en consecuencia, con ideas sobrevaloradas o autosuficientes frente a su actuar y desempeño. Se sitúa dentro del espectro del contenido y curso de pensamiento en estados ansiosos y depresivos, además, unas esferas de introspección en forma parcial y prospección coherentes a su etapa evolutiva. Cabe resaltar que se evidencian habilidades sociales y comunicativas, en su relato presenta dificultades para generar relaciones interpersonales estables y duraderas. Su función ejecutiva se percibe normal por lo que tiene capacidad para fijarse metas y anticiparse a eventos.

## Instrumentos de evaluación

**Entrevista clínica:** se realizó una entrevista inicial semiestructurada como estrategia de investigación encaminada a recolectar información de la historia de su situación actual y diagnóstico del paciente, los problemas psicológicos, además de la disposición para asumir el tratamiento que promueve el cambio (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

**Inventario de depresión de Beck (BDI-II):** para el desarrollo del análisis de caso y la recolección de información en los diferentes puntos de la intervención se utiliza el BDI-II formulado por Beck, Steer y Brown (2006). El análisis de este inventario provee información puntual de la presencia y de la gravedad de la depresión. Se dispone de 21 ítems indicativos de síntomas: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo. Para la implementación y desarrollo del mismo se solicita al paciente que elija las afirmaciones con las cuales más se identifica o la que mejor describe su estado teniendo presente la últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los puntos de corte permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes grupos: 0-13, *mínima depresión*; 14-19, *depresión leve*; 20-28, *depresión moderada*; y 29-63, *depresión grave*. Y en lo referente a la confiabilidad de la prueba y consistencia interna, se retoma lo que dice Chacón Narváez, Muñoz Anduquia, Rivas Nieto y Miranda Bastidas (2007) quienes encontraron un alfa de Cronbach de 0.76-0.95. Al igual que se deja el resultado de fiabilidad del BDI con  $r = 0.80$ .

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** se usa con la intención de disponer de una medida de ansiedad clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión; fue formulado en Beck y Steer (2011). El BAI se distingue por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que solo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Su valoración es en una escala de 4 puntos: 0, *nada en absoluto*; 1, *levemente, no me molesto mucho*; 2, *moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo*; y 3, *gravemente, casi no podía soportarlo*. La puntuación total del BAI es la suma de las respuestas dadas por el paciente, dejando como puntuación mínima 0 y 63 como puntuación máxima. Y con rangos de ansiedad mínima entre 0-7, *ansiedad leve* entre 8-15, *ansiedad moderada* entre 16-25 y *ansiedad grave* entre 26-36. La confiabilidad de este instrumento es validada por De Ayala, Vonderharr y Kim (2005), quienes realizaron un meta-análisis de 52 estudios que informaban de coeficientes de fiabilidad del BAI. De allí se obtuvo un coeficiente alfa medio de 0.92 con muestras de pacientes

con trastornos psicopatológicos, de 0.88 con muestras sin pacientes psicopatológicos y sin estudiantes universitarios y de 0.89 con muestras de estudiantes universitarios. También informan una fiabilidad de una correlación test-retest media de 0.66.

**Escala de Desesperanza de Beck (BHS):** este instrumento evalúa las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (pesimismo), habilidades para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. Instrumento desarrollado por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) y adaptado en una versión española por Aguilar, Hidalgo, Cano, López, Campillo y Hernández (1995). Presenta un número de 20 ítems los cuales contienen frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadera o falsa. Esta escala conceptualiza la desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos en los cuales el denominador común es la expectativa negativa cifrada en un futuro a mediano y largo plazo. El paciente marca verdadero o falso según la expresión del ítem refleja o no su realidad. La escala BHS proporciona una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 20 y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las respuestas señaladas como verdaderas en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falsas en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falsas en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdaderas en esos ítems valen 0 puntos. Los puntos de riesgo que recomiendan son: 0-8, *riesgo bajo de cometer suicidio*, o sea, entre 0-3, *ninguno o mínimo* y entre 4-8, *leve*; 9-20, *riesgo moderado de cometer suicidio*, es decir, entre 9-14, *moderado* y entre 15-20, *alto*. El BAI presenta una consistencia interna aceptable que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cron Bach de 0.82 a 0.84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995).

### **Diagnóstico clínico**

Es posible inferir que el paciente presenta un cuadro de depresión mayor, 296.22-F33.1, episodio recurrente de gravedad moderada con características de ansiedad, inducido por sustancias.

### **Consideraciones éticas**

En el actual análisis de caso sobre el trastorno depresivo se buscó garantizar el principio de anonimato, para mantener la participación voluntaria. Motivo por el cual el paciente firmó el consentimiento informado teniendo presente la ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, en el cumplimiento del artículo 29. También en cumplimiento a los artículos 50 y 55, y en relación con la resolución 8430. Se considera que la

intervención realizada presenta un riesgo mínimo en el actual análisis de caso único, dando así cumplimiento legal a los Artículos 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 26 conforme a los criterios y dictámenes del Artículo 6 de la ley 1090 ya mencionada anteriormente.

## Resultados

### Formulación de caso

**Precipitantes:** partiendo de la entrevista clínica, se encuentran factores dentro de un modelo de *diátesis estrés* que precipitaron y que explican la aparición del trastorno depresivo. Situaciones como la fractura que sufre la familia con la separación de los padres, la terminación de la relación afectiva que Martin sostuvo con su pareja por periodo de un (1) año y medio, la experiencia de presenciar el asesinato de su amigo (como refiere él mismo, “lo mataron por mi culpa”) quien era significativo para Martin en tanto lo referenciaba como un hermano de calle; a todo esto se agrega el alto consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) como estrategia de afrontamiento o de evitación a estas diferentes experiencias. Esta no permite una disposición física y psicológica en tanto situaciones de alto impacto como lo es la presión y amenazas de combos por deudas y la captura para iniciar el proceso de judicialización por el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Sin embargo, es probable inferir que las situaciones que activan y exacerbaban el perfil de síntomas depresivos están relacionadas con su situación personal afectiva y familiar.

**Enfoque transversal y longitudinal de las cogniciones y conductas actuales:** la recolección de información relevante acerca de la historia de vida de Martin, indica unas condiciones familiares particulares en tanto su padre exteriorizó siempre una imagen de un hombre sólido, el cual no se dejaba afectar emocionalmente por las circunstancias y su principal enfoque siempre es el sustento y asistencialismo a las necesidades de su familia, aunque flexible y laxo en tanto figura de autoridad, y por el lado de su madre, una mujer sumisa con un historial de violencia dentro de la relación matrimonial. También Martin, al igual que su padre, inicia y busca a temprana edad una independencia financiera en empleos esporádicos, lo cual promueve que abandone el proceso de formación académica.

Por consiguiente, el paciente desarrolló una creencia central de inamabilidad (“no soy digno”), en paralelo se despliegan de allí una serie de reglas como “tengo que tener bien a los que me rodean para no estar solo” y “tengo que prestarle atención a mi pareja”, actitudes que describe como “es muy maluco sentirse solo” y “es horrible sentir que mi pareja no me quiere”; en calidad de supuestos expresa “si doy lo suficiente a los demás, no voy a estar solo”, “si valoro a mi pareja, ella me va a querer más”. Y dejando a simple vista de esta estructuración cognitiva pensamientos automáticos como “por qué ella no está aquí”, “ella tiene otro ya”, y “esa pelea es por mí”, “siempre les traigo problemas” (Ver figura 1).

En consecuencia, al iniciar este proceso de activación de la creencia de inamabilidad, Martín se siente triste, con ansiedad y rabia en porcentajes que superan el 70% dentro de una escala de valoración subjetiva. Fue posible evidenciar de esta manera las técnicas y pruebas del tratamiento. Además, Martín tuvo una asistencia sobresaliente a las citas programadas y fue puntual en la ingesta de medicamentos dentro del tratamiento farmacológico propuesto por el médico psiquiatra. Mostró también responsabilidad en el cumplimiento de su medida judicial (libertad vigilada) y fue acompañado por su familia en el proceso pedagógico. El vínculo terapéutico se fundamentó, lo cual favoreció la disposición al cambio y fortaleció su red de apoyo familiar y personal como mecanismo de contención y protección.

### *Plan de tratamiento*

**Lista de problemas y objetivos del tratamiento:** el proceso de intervención con Martín se centró en la reducción de las distorsiones cognitivas y la estabilización del ánimo al enfatizar el papel de conductas de reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos, por lo tanto, se centró la intervención de activación conductual en las conductas a activar (panel de horarios) y las conductas a extinguir o moderar. En la tabla 1 se presenta el listado de problemas identificados y los objetivos del tratamiento correspondientes.

**Estrategias de intervención:** teniendo presente la información recolectada con los instrumentos, el diagnóstico realizado y la hipótesis explicativa, se toman como estrategias de intervención la terapia cognitiva para la depresión y la activación conductual para la depresión, basadas en la evidencia científica y con apoyo empírico para el trastorno depresivo mayor. Para ello, se presenta la tabla 1 que describe y categoriza el listado de problemas a intervenir, el objetivo del tratamiento, las técnicas empleadas y la sesión de aplicación.

**Aplicación del tratamiento:** para el objetivo de intervención se implementó un patrón de sesiones que inició con una frecuencia semanal, en razón de la alta intensidad y malestar que generaban los síntomas. Después del primer mes de intervención, se programaron 2 sesiones por mes, o 15 días calendario, y cada sesión tuvo una duración aproximada de 50 a 60 minutos. Se hicieron 2 sesiones de evaluación y aplicación de instrumentos, además de 13 sesiones de intervención, para un total de 15 encuentros.

### Información importante sobre la infancia

Padre que exteriorizó siempre una imagen de un hombre sólido, el cual no se dejaba afectar emocionalmente por las circunstancias y su principal enfoque siempre es el sustento y asistencialismo a las necesidades de su familia, aunque flexible y laxo en tanto figura de autoridad, y por el lado de su madre, una mujer sumisa en la cual se evidenció un historial de violencia dentro de la relación de esposos. Martín al igual que su padre inicia y busca a temprana edad una independencia financiera, en empleos esporádicos, lo cual promueve que abandone el proceso de formación académica.

### Creencia central.

"No soy digno"

### Creencias intermedias.

**Reglas.** "tengo que tener bien a los que me rodean para no estar solo", "tengo que prestarle atención a mi pareja".

**Actitudes.** "es muy maluco sentirse solo" "Es horrible sentir que mi pareja no me quiere".

**Condiciones.** "Si doy lo suficiente a los demás, No voy a estar solo" / "Si no doy lo suficiente, estaré solo"  
"Si Valoro a mi pareja, ella me va a querer más" / "Si no valoro a mi pareja, entonces ella no me va a querer".

### Estrategias de afrontamiento.

Auto exigencia, onicofagia, independencia financiera, consumo de sustancia, autolesiones

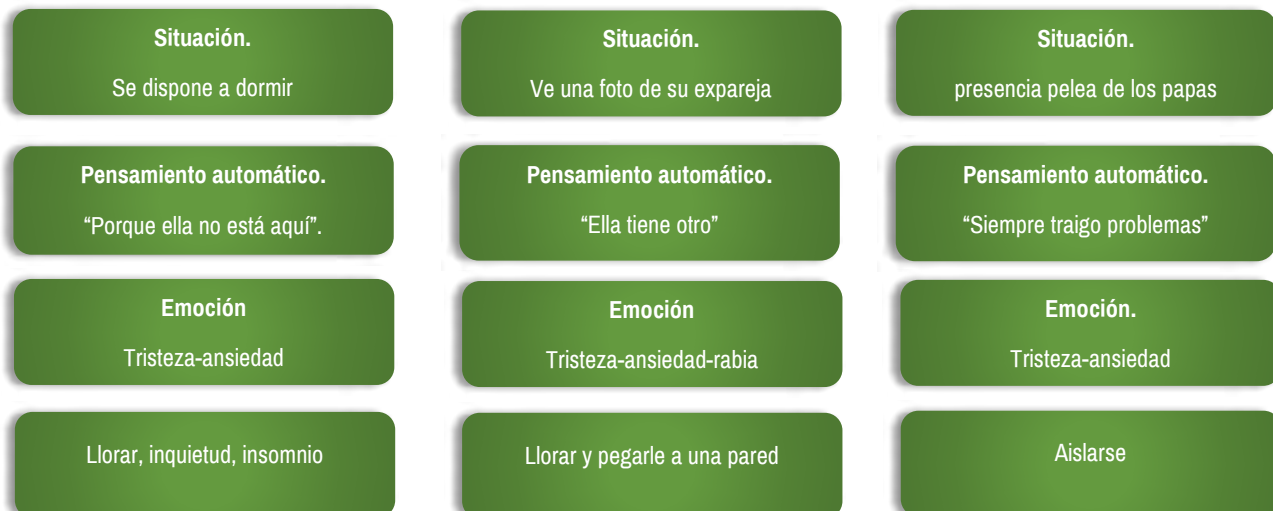


Figura 1. Diagrama de conceptualización cognitiva de M.D. adaptado de Beck (2011).

**Fortalezas:** el paciente dentro del proceso terapéutico se observó con optima disposición, aprestamiento y cumplimiento para el diligenciamiento de autorregistro.



Tabla 1. Tratamiento propuesto para la intervención de Martín

Problema	Objetivo del tratamiento	Estrategia de intervención	Sesión
Motivo de consulta	Evaluación	Entrevista clínica Aplicación de instrumentos Explicación análisis funcional y el plan de intervención	1-2
Depresión	Regular el estado de ánimo	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Reestructuración cognitiva Activación de conductas y ensayos conductuales Extinción y disminución de conductas	1-8
Idea de inamabilidad	Reducción de las distorsiones cognitivas	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Debate de creencias intermedias y nucleares Continuum cognitivo Creación y comprobación de nueva creencia	6-11
Estrategias de afrontamiento	Reducir las conductas de auto exigencia, adquirir conciencia del consumo de SPA y las cogniciones relacionadas con dicha estrategia	Psicoeducación y neuropsicología de las adicciones Reestructuración cognitiva Diálogo socrático	11-13
Afrontamiento de otras situaciones depresivas	Favorecer la conciencia y disminución del riesgo ante posibles recaídas	Aplicación de instrumentos Análisis funcional Prevención de recaídas Entrenamiento en respiración	14-16

El resultado de la intervención y análisis parcial de las puntuaciones en los instrumentos muestra una reducción considerable si se compara con la toma de información en la línea base. Se pasó de una medida en el BDI-II de depresión moderada con 27 puntos a una última medición de 5 puntos con depresión mínima. Lo que confirma que la elección del tratamiento opera efectivamente. Además, en la escala BHS se redujeron los 14 puntos obtenidos en la primera toma de información, que implican un riesgo moderado de cometer suicidio, a una puntuación de 0 con un riesgo bajo al final de la intervención. También se redujo la sintomatología de características ansiosas que en el primer corte en el BAI dejó una puntuación de 16, ansiedad moderada, y al final se obtuvo un puntaje de 4. Así se observa que el tratamiento funciona de manera directa sobre la demanda realizada por Martín.

Fue evidente entre las sesiones 1-8 una reducción de sintomatología depresiva y un estado de ánimo más estable, ya que el paciente reporta que el establecimiento de conductas a activar y la programación de ensayos conductuales favorecerían una conciencia más alta de su problemática y de las estrategias y habilidades para la vida que podría implementar a favor de la prevención de recaídas. Junto con estas medidas, puede señalarse que el paciente expresó su satisfacción por la terapia e informó encontrarse plenamente recuperado.

**Obstáculos:** en la sesión 12 el consumo de sustancias psicoactivas se señala dentro del análisis funcional como una estrategia que mantiene su perfil de síntomas, a pesar de que, según su reporte, presenta mayor disposición para erradicar o disminuir el consumo de SPA en intensidad y frecuencia. Se realiza psicoeducación de los efectos del consumo continuado en el estado de ánimo, además de disponer de un diálogo socrático y continuum cognitivo referidos a uno de los pensamientos automáticos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.



**Eficacia del tratamiento:** con respecto a las tomas de información y medición con los instrumentos (BDI-II, BAI y BHS) correspondientes a 2 puntos dentro del proceso de intervención, al inicio y final del tratamiento, y una última medida en una entrevista de seguimiento a resultados, se muestra la notoria reducción de síntomas y reacciones emocionales de tipo depresiva y ansiosa, además de una perspectiva precisa por parte de Martin para detectar las señales ante posibles recaídas. También los niveles de auto exigencia en sus actividades, consumo de sustancias psicoactivas, onicofagia, autolesiones y la perspectiva de independencia financiera disminuyeron, y se reporta la implementación de nuevas estrategias y rutinas que favorecen el afrontamiento en las áreas personal, familiar y social.

Tabla 2.

Ejemplo de técnica flecha descendente.

Terapeuta (T): Cuando ves una foto de tu ex pareja en el WhatsApp, ¿Qué pensamiento fue el primero que paso por tu cabeza?  
Paciente (P): Ella de seguro ya tiene otro.  
T: Supongamos que eso es verdad, ella ya tiene un nuevo novio. ¿Que significaría eso para ti?  
P: Significaría que yo durante la relación no la supe valorar.  
T: Y si no supiste valorar a tu novia durante la relación ¿Eso qué diría de ti?  
P: Que no fui capaz de complacerla y que me quedo grande.  
T: Y si se presentó esa dificultad, no fuiste capaz de complacerla. ¿Qué es lo peor que podría pasar?  
P: Que ella se vaya y muy maluco quedarse solo.  
T: Y si así fuera ¿Qué?  
P: Es horrible sentir que nadie lo quiere a uno.  
T: Y sentir que nadie te quiere ¿Qué significaría para ti?  
P: Que no lo hice todo o que no di lo suficiente para que me quieran con sinceridad.  
T: Y si así fuera ¿Qué?  
P: Me quedaría totalmente solo.  
T: Y eso ¿te llevaría a pensar algo de ti misma?  
P: Que no soy digno de que nadie me quiera.

Tabla 3

Ejemplo de Diálogo socrático.

- 1) ¿Cuál es la evidencia de que la creencia es verdadera? ¿Y de qué no lo es?  
No tengo evidencia de que no "soy digno" sea verdad, hasta ahora he visto y tengo evidencia en contra de que si hay personas que me valoran o me quieren y hay otros que no.
- 2) ¿Existe alguna otra explicación posible?  
Alguna otra explicación podría ser que a pesar de que uno no haga nada para que lo quieran a uno, ese afecto es sincero y me valoran desinteresadamente.
- 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista?  
Lo peor que podría suceder es sentirme muy solo y eso es muy horrible, pero a pesar de todo creo que puedo soportarlo, ya lo he hecho antes y ahora también lo puedo hacer, y lo mejor que podría pasar es dejar de sentirme mal o sentirme solo independiente de si tengo a alguien o no. Y la alternativa más realista es poder pensar más despacio todo y dejar que todo fluya sin presionar ni amarrar a alguien a uno para no sentirse mal ni solo.
- 4) ¿Cuál es el efecto de creer en esta creencia? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi creencia?  
El efecto de esta creencia es que hay que saber que uno no compra las personas y no las puede tener a capricho de uno. Y el efecto de pensar diferente o cambiar la creencia es que voy a estar mucho más tranquilo y aprender a perder y despedir las personas, es el ciclo natural.
- 5) ¿Qué debo hacer al respecto?  
Es apropiarme de esta creencia para poder pensar con más claridad mis relaciones sin depender.
- 6) Si \_\_\_\_\_ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese esta creencia, ¿qué le diría?  
Le diría que no hay sentido que uno solo vea una salida a los problemas, es mucho mejor plantearse diferentes alternativas para poder solucionar, además que los relaciones que se establecen pueden ser desinteresadas y sinceras sin necesidad de apariencias o autoengaños.

## Discusión

De acuerdo con el nivel de gravedad del trastorno depresivo de Martín, se evidencia una reducción considerable de distorsiones cognitivas y un cambio de estrategias de afrontamiento asociadas a la depresión después de las sesiones de tratamiento de terapia. En las medidas del BDI-II de la línea base tuvo 27 puntos, depresión moderada, y con la última medición se lograron 5 puntos, depresión mínima. Esto se puede corroborar en Cristea, et al., (2015), quienes realizaron un estudio meta-analítico en el que la terapia cognitiva mostró un efecto robusto y estable sobre la modificación de los pensamientos disfuncionales, es decir que el cambio cognitivo está significativamente relacionado con el cambio de síntomas, independientemente de cómo se logre este cambio; también indica que los pensamientos disfuncionales son simplemente otro síntoma que cambia después del tratamiento, siendo estos a su vez el mecanismo por el cual los síntomas de depresión se reducen.

Una referencia más que sustenta la eficacia del tratamiento en el objetivo de reducción de síntomas ansiosos es la de Mazzucchelli, Kane y Rees (2009; 2010). Según el BAI los síntomas ansiosos marcaron una modificación sintomática y pasaron de una puntuación inicial de 16 a una final de 4, lo cual también demostró un fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento a través de la planificación horaria propuesta por la activación conductual. Los autores mencionados justifican que la intervención mediante la AC puede aumentar la sensación de bienestar de los pacientes independientemente del estado de gravedad del cuadro depresivo; también se evidencia, en referencia a la prevención de recaídas, que la AC, acompañada de otra intervención psicológica como la TC, es más exitosa para mantener la mejoría en seguimientos realizados durante 3 meses luego de la terminación del tratamiento.

Como resultado del tratamiento, Martín refiere un cambio significativo en la modificación de sus estrategias de afrontamiento y habilidades para la vida. Esto es coherente con lo hallado por Dunn et al. (2012), el cual refiere que, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, se muestra la relación entre estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y síntomas depresivos del paciente con la fase aguda de tratamiento en la TC. Las mejoras en el funcionamiento pueden desempeñar un papel importante en la reducción subsiguiente de los síntomas.

En cuanto al objetivo de reducción del riesgo y prevención de recaídas, se muestra una disminución en la intención suicida asociada a la depresión de Martín. El resultado inicial en las medidas del BHS fue de 14 puntos, riesgo moderado de cometer suicidio, y se redujo en la medición final hasta 0 puntos, riesgo bajo. Esto se corrobora por lo dicho en el meta-análisis de Cuijpers, et al., (2013), quienes demostraron que además de

que la TCC es superior frente a los grupos control, otras psicoterapias y farmacoterapia, es un tratamiento eficaz para la depresión. También concluyen que la terapia cognitiva conductual tiene un efecto que permanece después de la finalización del tratamiento y que no existen diferencias significativas en la recaída después de la TCC versus la continuación de la farmacoterapia después de la remisión de síntomas. Así como lo hallado por Steinert, Hofmann, Kruse & Leichsenring (2014), quienes sostienen que la TCC contribuye a la prevención de recaídas.

Es importante mencionar la existencia de limitaciones en el actual estudio. Una de ellas es el diseño experimental de caso único, pues se trata de un tipo de investigación que no permite generalizar los resultados obtenidos, ya que es un tratamiento adaptado a una única persona, y es importante remitirse a investigaciones con muestras más amplias o representativas que devalen un mayor nivel de confiabilidad en los resultados. Por otro lado, es necesario aclarar que las estrategias de afrontamiento intervenidas no fueron apropiadamente evaluadas con instrumentos estandarizados, más bien estos datos se toman del correlato subjetivo del paciente y de la entrevista clínica.

En futuras investigaciones es importante dirigir los intereses de indagación hacia el establecimiento y difusión del modelo de AC para la depresión como estrategia sólida y eficaz al combinarla con la TC, presentando estudios en los cuales se muestre un rigor investigativo que permita evidenciar el cambio individual en las variables relacionadas con los síntomas depresivos. Por lo tanto, se sugiere la comprobación de la composición de protocolos de TC y AC para la depresión mediante modelos de ecuaciones estructurales.

## Conclusiones

La intervención que combina terapia cognitiva y activación conductual demostró efectividad en el tratamiento, ya que se presentó una reducción de la intensidad y la frecuencia de los síntomas depresivos, de las distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento compensatorias y de evitación. También permitió la flexibilización de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos disfuncionales asociados a la situación actual de Martín. La activación conductual permitió que la reducción de síntomas y la sensación de bienestar se presentara por mucho más tiempo luego de terminado el tratamiento, develando fortaleza en la prevención y anticipación de recaídas.

## Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo M., y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, *11*(4), 121-125.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, *21*(2), 183-197. DOI: 10.5093/cl2010v21n2a7
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Inventario de ansiedad de Beck. BAI. Manual*. Madrid: Pearson.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. (1974). The measurement if pessimism: The hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, *42*(6), 861-865. Recuperado de <https://cryptome.org/2012/10/beck-hopelessness.pdf>
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K (2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck. Manual* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and Beyond* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

- Bono, R. (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 13(29), 327-338. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a07.pdf>
- Chacón Narváez, V., Muñoz Anduquia, C., Rivas Nieto, J. C., y Miranda Bastidas, C. A. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 31-40. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Cristea, I., Huibers, M., David, D., Hollon, S., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.08.003
- Cuijpers, P., Hollon, S., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4), e002542. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002542
- De Ayala, R., Vonderharr, D., & Kim, D. (2005). Assessing the Reliability of the Beck Anxiety Inventory Scores. *Educational And Psychological Measurement*, 65(5), 742-756. DOI: 10.1177/0013164405278557
- Dunn, T. W., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Carmody, T., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2012). Change in psychosocial functioning and depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 42(2), 317-326. DOI: 10.1017/S0033291711001279
- Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., y Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 45, 58-67. DOI: 10.1016/j.rcp.2016.04.009
- Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. En R. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive behavioral therapy*. New York: The Guilford Press.
- Londoño Pérez, C., y González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es\\_v19n2a13.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a13.pdf)

- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105-121. DOI: 10.1080/17439760903569154
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107-118. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.043
- Universidad CES y Alcaldía de Medellín. (2009). *Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín – 2009* (Informe final). Colombia: Universidad CES, Alcaldía de Medellín. Recuperado de <https://bit.ly/30c7Tpz>
- Virúes-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/virues-en.pdf>