

# évi<sup>ct</sup>



## ACTIVACIÓN CONDUCTUAL Y DESHABITUACIÓN DE TABACO Y CANNABIS

Una guía práctica

José Javier Moreno Arnedillo  
Ana María Palmerín García



Financiado por:



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS



Este trabajo ha sido realizado dentro de las acciones del Proyecto ÉVICT 5, impulsado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

---

## AUTOR

### **José Javier Moreno Arnedillo.**

Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica.

Asesor Técnico. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Madrid Salud - Ayuntamiento de Madrid.

Miembro del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 5.

### **Ana María Palmerín García**

Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica.

Jefa de Departamento de Programas Educativos.

Subdirección General de Familias, Infancia, Educación y Juventud. Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social.

Ayuntamiento de Madrid.

Miembro del grupo de trabajo del Proyecto ÉVICT 5.

## EDITA

### **Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Proyecto ÉVICT.**

Plaza de las Cortes 11 · 28014 Madrid

© Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y autores

---

# Índice

1. Qué pretende esta guía .....	4
2. ¿Por qué abordar el estado de ánimo en un programa para dejar de fumar?.....	5
3. Un modelo explicativo sobre la depresión .....	7
4. ¿Qué añade a este modelo la conducta de fumar y su abandono?....	11
5. La Activación Conductual.....	13
6. Niveles de intervención.....	15
7. Intervención en el contexto del abordaje de la deshabitación de tabaco y/o cannabis .....	17
7.1. Intervención mínima: validación – aceptación - orientación.....	17
7.2. Intervención breve .....	19
8. Un comentario final .....	35
ANEXO 1: Algunos elementos clave de la Entrevista Motivacional aplicada a la Activación Conductual.....	36
ANEXO 2: Un modelo de registro semanal de actividades realizadas y objetivos previstos .....	41
ANEXO 3: Modelo de entrevista sobre depresión con consumidores de tabaco o cannabis.....	42
ANEXO 4: Cuestionario de Depresión breve de Beck (BDI-II Breve) .....	44
ANEXO 5: Cuestionario de vida significativa (Wilson et al). .....	47
ANEXO 6: Listado de Actividades (adaptado de Lejuez et al.) .....	49
ANEXO 7: Algunas metáforas útiles en la explicación del modelo teórico .....	51
ANEXO 8: Listado de actividades individualizado .....	54
ANEXO 9: Resumen de los progresos realizados .....	55

## 1. Qué pretende esta guía

El tratamiento de las conductas adictivas debe partir de la construcción de una hipótesis explicativa individualizada, que explicita las variables que en cada caso condicionan el mantenimiento del comportamiento a modificar, y que dé lugar a un plan de intervención a la medida del caso. Esta es una recomendación básica, recogida, entre otras referencias posibles, entre los 'principios de tratamiento efectivo' que plantea el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)<sup>1</sup> y que figura también entre las que recoge el informe publicado en 2016 por el grupo de estudio sobre el consumo conjunto de tabaco y cannabis ('grupo EVICT') constituido en el seno del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo de nuestro país<sup>2</sup>. Se trata de tomar en consideración las posibles funciones que cumple el consumo de sustancias en la vida del individuo consumidor. Entre ellas, el posible papel como regulador del estado de ánimo.

Esta guía pretende orientar a los profesionales que trabajan en el ámbito de las conductas adictivas, especialmente de tabaco y cannabis, sobre cómo abordar, mediante la estrategia de la Activación Conductual, los cambios de estado de ánimo sobrevenidos, en determinados casos, durante el tiempo, más o menos largo, posterior al abandono del consumo. Dado que estos cambios en el estado de ánimo suelen estar asociados frecuentemente a la vuelta al consumo, pretendemos así favorecer el mantenimiento de la abstinencia.

Aunque este objetivo es relativamente específico, el ámbito de aplicación potencial de los principios y procedimientos que se van a exponer no tiene por qué limitarse a los programas de deshabituación de tabaco y cannabis, sino que es extensible a otras adicciones y al abordaje del comportamiento depresivo en general.

Por otra parte, la adaptabilidad de una guía a la diversidad que plantean las distintas situaciones y casos sólo es posible si la guía no se concibe como un protocolo cerrado de procedimientos, sino como un conjunto articulado de principios que orientan el cómo proceder en cada caso. Por lo tanto, se trata de combinar una propuesta de protocolo general y estructurado con criterios más generales y principios teóricos que permitan adecuarse a cada circunstancia, y que son en realidad la verdadera guía práctica de la acción.

Las cuestiones sobre el concepto y la naturaleza de la depresión, sobre las distintas teorías explicativas de este fenómeno, sobre sus respectivos apoyos empíricos, sobre sus implicaciones terapéuticas, o sobre su relación con el hábito de fumar podrían dar material para un documento mucho más extenso. Obviamente, también la propia teoría de la que partiremos, y que describiremos brevemente, merecería un desarrollo más a fondo. Debe quedar claro que aquí no pretendemos un abordaje exhaustivo de este asunto, sino únicamente plantear un modelo breve que justifique la guía que proponemos. En todo caso, la información puede ampliarse en las referencias bibliográficas que se irán citando y en muchas otras.

---

1 National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>

2 Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España (2016). Informe EVICT 2. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Disponible en [http://www.evictproject.org/Informe\\_EVICT\\_2.pdf](http://www.evictproject.org/Informe_EVICT_2.pdf)

## 2. ¿Por qué abordar el estado de ánimo en un programa para dejar de fumar?

Está profusamente documentada la relación existente entre la conducta de fumar y la regulación del estado de ánimo (véase, Gurrea y Pinet<sup>3</sup>, Shahab, Andrew y West<sup>4</sup>, Bakhshaie, Zvolensky y Goodwin<sup>5</sup>, Reid y Ledgerwood<sup>6</sup> o Van der Meer et al.<sup>7</sup>). Podemos sintetizar los principales hallazgos en los siguientes puntos:

- Los individuos con depresión actual o con antecedentes de depresión suelen ser fumadores que presentan más dependencia de nicotina, más probabilidades de sufrir cambios negativos en el estado de ánimo después del síndrome de abstinencia nicotínica, y más probabilidades de recaer en el hábito de fumar después del abandono que la población en general, lo cual contribuye a un aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades relacionadas con el hábito de fumar.
- La aparición de episodios depresivos, en personas con antecedentes o sin ellos, es una de las variables que se asocian de modo más consistente con la probabilidad de recaída.
- Además, los fumadores puntúan más alto en escalas de depresión que los no fumadores. La probabilidad de haber experimentado algún episodio de depresión es significativamente mayor entre los fumadores.
- Una mayor puntuación en escalas de depresión está asociada con mayor probabilidad de empezar a fumar en la adolescencia.

Estos datos sugieren, por lo tanto, que la introducción de un protocolo para manejar la regulación del afecto puede incrementar la probabilidad de dejar de fumar entre fumadores con antecedentes de depresión o que refieren haber experimentado dificultades de manejo del estado de ánimo en intentos anteriores, y puede también contribuir a prevenir futuras recaídas. Así lo confirman las revisiones de Gierisch et al.<sup>8</sup> o la ya citada de Van der Meer et

3 Gurrea, A. y Pinet, M. C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*, 16, sup. 2.

4 Shahab L, Andrew S, West R. (2014). Changes in prevalence of depression and anxiety following smoking cessation: results from an international cohort study (ATTEMPT). *Psychol Med*. 44(1):127-41.

5 Bakhshaie, J., Zvolensky, M. J., Goodwin, R. D. (2015). Cigarette smoking and the onset and persistence of depression among adults in the United States: 1994-2005. *Compr Psychiatry*. 60:142-8.

6 Reid, H. H., Ledgerwood, D. M. (2016). Depressive symptoms affect changes in nicotine withdrawal and smoking urges throughout smoking cessation treatment: preliminary results. *Addict Res Theory*. 24(1):48-53.

7 Van der Meer, R. M., Willemsen, M. C. Smit, F. y Cuijpers, P. (2013). Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Aug 21;(8)

8 Gierisch, J. M., Bastian, L. A., Calhoun, P. S., McDuffie, J. R., Williams, J. W. (2012). Smoking cessation interventions for patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 27(3):351-60.

al. Busch et al.<sup>9</sup>, en las cuales se señala que el bajo estado de ánimo es la principal barrera para el mantenimiento de la abstinencia tabáquica después de un ataque cardíaco, y que la inclusión de la activación conductual en los programas de deshabituación tabáquica en estas personas mejora los resultados. McPherson et al.<sup>10</sup> describen un programa (BATS) que incluye activación conductual conjuntamente con los procedimientos estándar de deshabituación, encontrando que mejora la tasa de abstinencia y el estado de ánimo. En nuestro país, Becoña et al.<sup>11</sup> están realizando un ensayo controlado para determinar la efectividad de la inclusión de estrategias de activación conductual en el tratamiento de fumadores con antecedentes de depresión y esperan que dicha intervención permita obtener tasas de abstinencia más altas, menores tasas de recaída y mejora del estado de ánimo.

Por otra parte, y más allá de la indicación específica para fumadores con antecedentes de depresión, y en la línea de las recomendaciones que se desprenden del 'paradigma de enriquecimiento ambiental', se plantea la necesidad de tomar en consideración en los programas y de incluir, de modo rutinario, objetivos en relación con el estilo de vida general del fumador. Se trataría de plantear la cesación del consumo no solo como una renuncia costosa (que lo es) sino también como una oportunidad para enriquecer el estilo de vida con un repertorio de actividades personalmente gratificantes (alternativas, tal vez, a aquellas asociadas al consumo de sustancias) que contribuyan a optimizar el estado de ánimo y, de paso, al mantenimiento de la abstinencia.

---

9 Busch, A. M.; Tooley, E. M.; Dunsiger, S.; Chattillion, E. A.; Srouf, J. F.; Pagoto, S. L.; Kahler, C. W.; Borrelli, B. (2017). Behavioral activation for smoking cessation and mood management following a cardiac event: results of a pilot randomized controlled trial. *BMC Public Health* 17:323.

10 MacPherson, L.; Collado, A.; Ninnemann, A.; Hoffman, E. (2017). Development of a Behavioral Activation-Based Intervention for Cigarette-Smoking Young Adults. *Cognitive and Behavioral Practice* Volume 24, Issue 1.

11 Becoña, E.; Martínez-Vispo, C.; Senra, C.; López-Durán, A.; Rodríguez-Cano, R.; Fernández del Río, E. (2017). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smokers with depressive symptomatology: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 17:134

### 3. Un modelo explicativo sobre la depresión

Nuestra propuesta de intervención se basa en los modelos de la llamada '**activación conductual**', que describiremos algo más adelante. Es importante justificar esta elección, aunque sea brevemente. Señalaremos solo tres argumentos (para más información, ver Barraca<sup>12</sup>):

1. Parten de un modelo explicativo claro, relativamente sencillo, bien anclado en los principios básicos del aprendizaje, y que sitúa la explicación de la depresión en la historia de transacciones biográficas del individuo con los contextos.
2. La intervención que se propone es estructurada, sencilla y accesible para profesionales sanitarios a partir de un entrenamiento no especialmente largo.
3. Sobre todo, se trata de un enfoque con apoyo empírico como tratamiento de elección. Dimidjian et al.<sup>13</sup>, Hopko et al.<sup>14</sup>, o Cuijpers et al.<sup>15</sup>, entre otros, presentan resultados superiores a la terapia cognitiva y similares a la paroxetina, evidencia de mantenimiento de los cambios en el tiempo, aplicaciones en formato grupal y datos con distintas poblaciones. En 2006 el *Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group*, de la *London School of Economics*, ya recomendaba en un informe<sup>16</sup> la incorporación de tratamientos psicológicos para la depresión por estar basados en la evidencia y por suponer un importante ahorro económico respecto al gasto farmacéutico que genera el uso de antidepresivos. Más recientemente, el británico *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* plantea en un informe<sup>17</sup> la activación conductual como tratamiento de primera elección, concluye que es más eficaz que la medicación, y sugiere que debería estar disponible para todos los pacientes que lo necesiten. Posteriormente, el metaanálisis de Ekers et al.<sup>18</sup> ofrece también evidencia que sustenta el uso de la activación conductual como tratamiento eficaz para la depresión, tan efectivo al menos como la medicación anti-depresiva o el tratamiento cognitivo-conductual, pero más eficiente.

12 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, 1.

13 Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74.

14 Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L. y Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relation among mood state, overt behavior, and reward value activities. *Behaviour Research and Therapy*, 41.

15 Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27.

16 The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006). The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. London School of Economics. Disponible en [http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION\\_REPORT\\_LAYARD.pdf](http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf)

17 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). Common mental health disorders. Identification and pathways to care. NICE clinical guideline 123. Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG123/NICEGuidance/doc/English>

18 Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, et al. (2014) Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE* 9(6): e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100.

Según este modelo, cuyo origen puede rastrearse hasta los años 70 (Ferster<sup>19</sup>, Lewinsohn<sup>20</sup>) y que ha resurgido con fuerza en la última década (tal como recoge Barraca en el artículo citado<sup>12</sup>), el conjunto de comportamientos que conforman habitualmente lo que se conoce como 'depresión' tiene como elemento explicativo central la **pérdida por parte del individuo de fuentes de refuerzo positivo**, lo que da lugar, según el modelo de condicionamiento operante, a un **descenso de la tasa de actividad**. Esta situación se desencadena por algún tipo de **acontecimiento vital** (pérdidas, cambios de vida, nuevas demandas) que, de forma súbita o progresiva, da lugar a dicha pérdida de 'alicientes' o reforzadores positivos. Este fenómeno puede combinarse, además, con la presencia de factores previos en los contextos o las biografías de los distintos individuos que les hagan más o menos **vulnerables** a los efectos del impacto del acontecimiento vital y de la pérdida subsecuente de reforzadores, y que pueden consistir en:

- **La amplitud y variedad del repertorio habitual y de los intereses potenciales del individuo.** Lo que es reforzante para una persona puede no serlo en absoluto para otra. Cuantas más actividades o situaciones despierten el interés de un individuo, menos impacto emocional tendrá la pérdida de una de ellas.
- **La presencia mayor o menor de fuentes de estrés y de fuentes de gratificación en el entorno.** El estilo de vida nos conecta con contextos más o menos gratificantes. En este sentido, la vulnerabilidad será mayor cuanto más estresante y más pobre de fuentes potenciales de gratificación sea el contexto.
- **El repertorio de destrezas personales.** Cuanto más limitadas sean las competencias (habilidades sociales, habilidades de resolución de problemas...) mayor dificultad para acceder a las fuentes de refuerzo y manejar las fuentes de estrés y, por tanto, mayor será la vulnerabilidad.

El resto de los comportamientos que configuran el estado depresivo serían el resultado de esta baja tasa de actividad: la llamada 'tríada cognitiva' (ideas o pensamientos depresivos sobre sí mismo, sobre el futuro o sobre el mundo), la focalización de la atención en los eventos negativos y fracasos, las emociones (tristeza, desánimo...) o las manifestaciones vegetativas (pérdida de apetito, dificultades de sueño, llanto...). Obsérvese que en este modelo **los aspectos cognitivos y emocionales son consecuencia y no causa** del descenso de la tasa de actividad.

De particular importancia es el **carácter operante** sobre el contexto de las 'conductas depresivas'. Los llantos, quejas, expresiones faciales o verbalizaciones despiertan la atención de las personas del entorno, tanto familiares, amigos o compañeros de trabajo como profesionales de la salud. Esta atención del contexto social suele funcionar como un poderoso reforzador que favorece el **mantenimiento del comportamiento depresivo**, especialmente

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

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

cuando éste se acompaña de un etiquetaje de ‘enfermedad’ que convierte al individuo en víctima de una situación que, se supone, está fuera de su control, y que lo hace, por lo tanto, acreedor de atención y ayuda.

Otra consecuencia habitual de las conductas depresivas es la **evitación de tareas y responsabilidades**, ya sean simples y rutinarias (cocinar, asearse, ocuparse de los asuntos domésticos...) o ya sean de mayor entidad (no ir al trabajo, ocasionalmente o con una baja laboral). Esta evitación es comprensible, porque enfrentarse a estas tareas suele comportar a corto plazo un esfuerzo que puede ser importante. De este modo, la conducta depresiva es nuevamente reforzada, esta vez negativamente, y a menudo con cierto aval del profesional de la salud. El resultado es un círculo vicioso (descenso de actividad y manifestaciones asociadas, atención social, mayor descenso de la actividad) que lleva a la extensión, el mantenimiento e incluso la cronificación de la situación. A medida que ésta se prolonga, se produce además una pérdida creciente en la confianza del individuo en salir del estado depresivo.

En la figura 1 presentamos un esquema de este modelo.

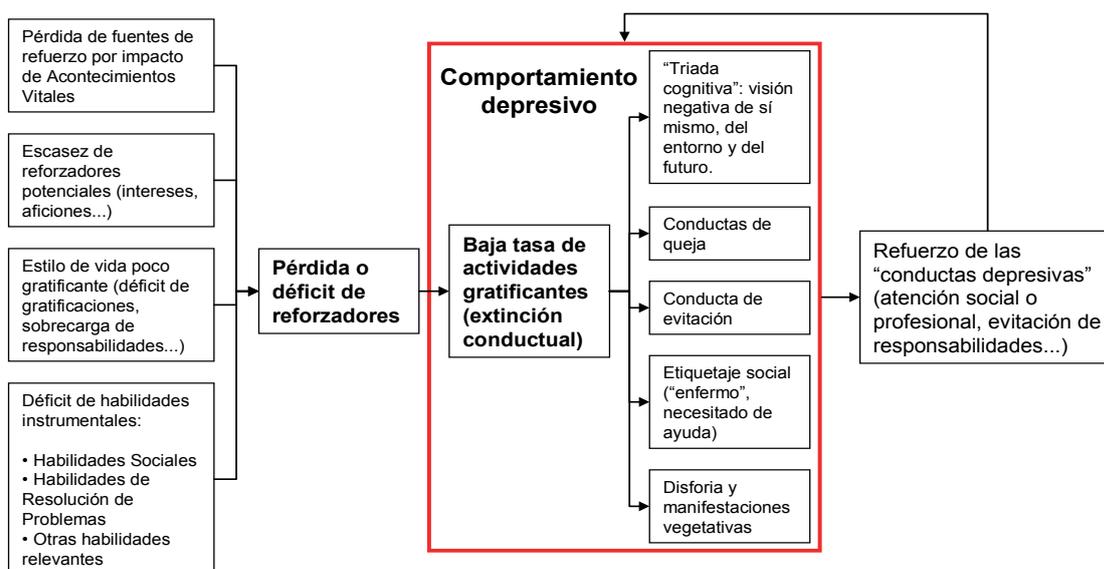


Figura 1. Un modelo conductual de la conducta depresiva

Aparece entonces la llamada **‘trampa de la depresión’**, consistente en ‘esperar a estar bien (o incluso a ‘curarse’) para empezar a estar más activo’, ignorando que es precisamente la acción la que permite volver a estar en contacto con las fuentes de refuerzo positivo y romper así el círculo depresivo. Por lo tanto, el cambio, según el modelo que proponemos y que representamos esquemáticamente en la figura 2, no se produce ‘de dentro afuera’, sino ‘de fuera adentro’, a través de procedimientos de activación conductual que describiremos más adelante.

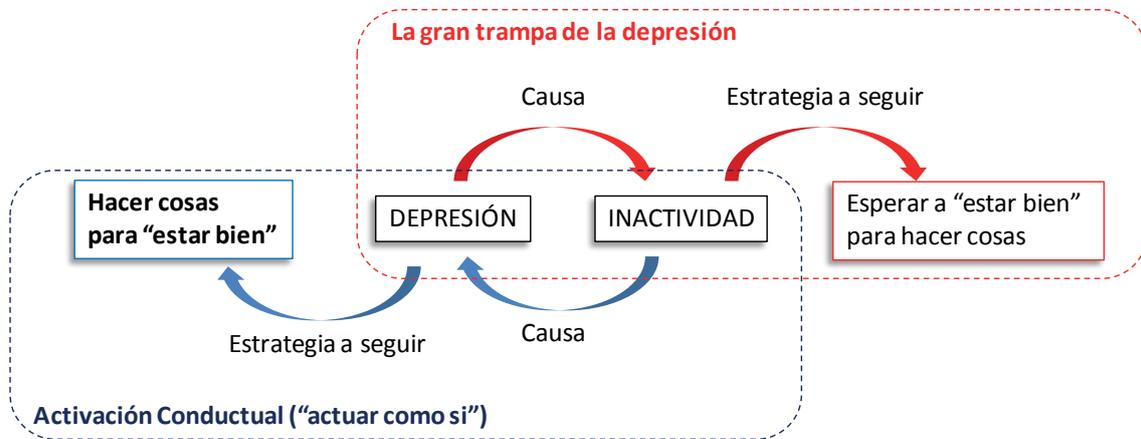


Figura 2. La gran trampa de la depresión y la Activación Conductual

## 4. ¿Qué añade a este modelo la conducta de fumar y su abandono?

Los datos disponibles señalan la **relación existente entre la conducta de fumar y la regulación del estado de ánimo**. Como señalábamos anteriormente, dejar de fumar está asociado con mayor probabilidad de experimentar estados de tristeza, apatía o franca depresión, especialmente en personas con mayor vulnerabilidad. Muchas de ellas describen la situación que atraviesan cuando dejan de fumar como de 'duelo' o de 'pérdida', e incluso se refieren al tabaco como un 'compañero' o un 'amigo' al que se echa de menos. Conviene ser respetuoso con estas manifestaciones y no rechazarlas calificándolas como errores, excusas o resistencias, pues expresan muy bien el efecto producido por un cambio ciertamente importante en la vida del fumador.

En efecto, cuando se deja de fumar aparecen **nuevos factores** que se añaden a los que hemos presentado en la figura 1 y que pueden aumentar la probabilidad o la intensidad de los estados depresivos. Los hemos situado en la figura 3, señalados con líneas de puntos. Veamos con cierto detalle.

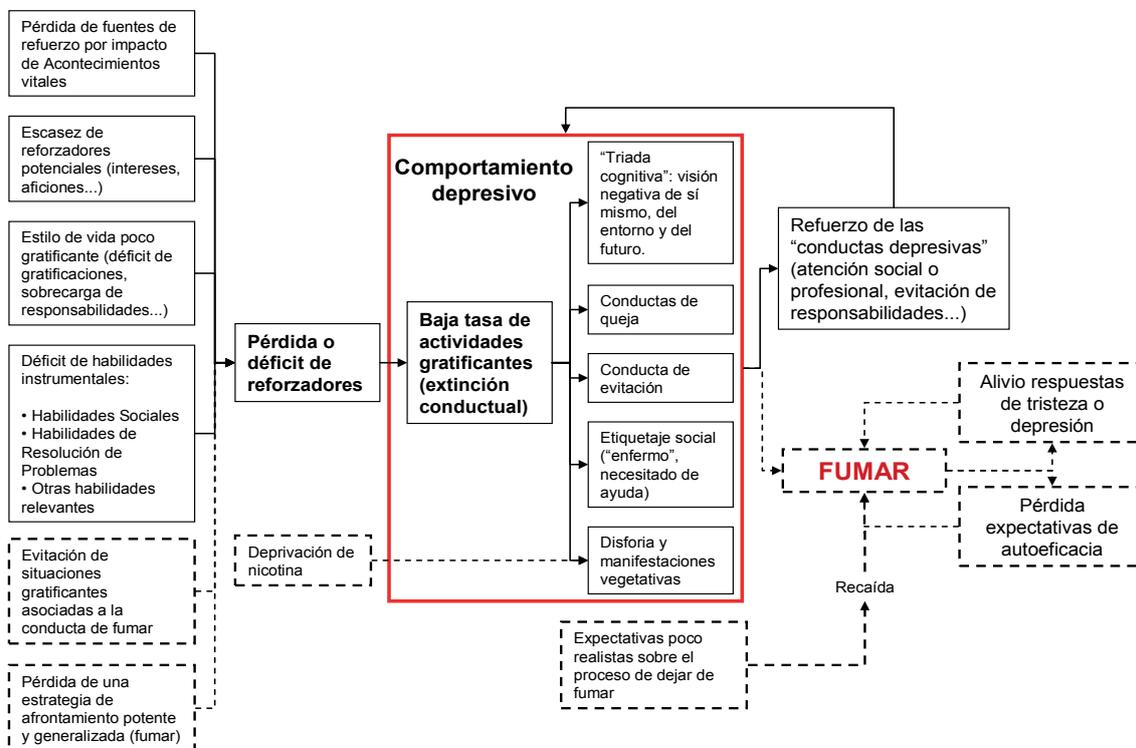


Figura 3. Comportamiento depresivo y factores relacionados con dejar de fumar

Figura 3. Comportamiento depresivo y factores relacionados con dejar de fumar

- Cuando se deja de fumar, se deja también de recurrir a una **estrategia de afrontamiento**, utilizada por el fumador desde muchos años atrás, sencilla y eficaz a corto plazo, para evitar o aliviar emociones como el estrés, la tristeza, el enfado o el aburrimiento (refuerzo negativo). La conducta de fumar se mantiene, pues, entre otras razones, porque obtiene compensaciones momentáneas por la elevación subsiguiente e inmediata de la activación y el estado de ánimo. Por otra parte, su **valor instrumental** en multitud de situaciones de la vida diaria es indudable: sirve para obtener placer, para escapar del síndrome de abstinencia, para favorecer (en ciertos contextos o en ciertos momentos) el contacto social, para mejorar la concentración y la ejecución de tareas que la requieren, para pensar con más claridad, para prevenir el aumento de peso, etc. Esta funcionalidad explica tanto el mantenimiento de la conducta de fumar, en un fumador activo, como el deseo de fumar y la tendencia a recaer una vez que el consumo se ha abandonado, y por lo tanto ya no se usa como herramienta para la regulación del afecto. Algún exfumador ha descrito esta tarea a la que se enfrenta como de ‘aprender a vivir de otro modo’; ciertamente, es un aprendizaje complejo y que requiere tiempo y esfuerzo.
- La **nicotina** es una sustancia psicoactiva que produce un efecto estimulante potente sobre el sistema nervioso central, y que por lo tanto ayuda a regular el estado de ánimo. Su deprivación provoca **manifestaciones vegetativas** propias del síndrome de abstinencia, y un estado emocional de disforia.
- El proceso de deshabituación del tabaco suele incluir la indicación terapéutica de evitar los contextos y situaciones fuertemente asociadas al hábito de fumar, muchos de los cuales son gratificantes para el fumador. Hay que señalar, a este respecto, que dejar de fumar, a pesar de sus evidentes ventajas, puede suponer a corto plazo una **pérdida importante de reforzadores**, y por lo tanto puede estar asociado a descenso en el nivel de actividad y a sentimientos de tristeza. Parte de esa tarea de ‘aprender a vivir de otro modo’ puede consistir precisamente en introducir cambios en las actividades, las aficiones, las rutinas o, en definitiva, el estilo de vida.
- A menudo los fumadores que se enfrentan a esta tarea presentan **expectativas poco realistas** sobre la naturaleza, las implicaciones y las dificultades que son inherentes al proceso de deshabituación tabáquica. Estas expectativas erróneas pueden estar favorecidas por intereses comerciales o por ciertos sesgos profesionales. Puede no advertirse suficientemente, por ejemplo, de que es normal y esperable experimentar durante un tiempo cierta alteración emocional etiquetable como ‘tristeza’, ‘apatía’ o ‘depresión’, y de que esta situación es habitualmente pasajera y además puede aliviarse con algunas pautas sencillas. Las expectativas poco realistas tienden, por definición, a no cumplirse, y por lo tanto producen frustración y tendencia a volver a fumar.

- Una vez que se han producido los primeros contactos con el tabaco después de un tiempo de abstinencia, estos producen una pérdida de **expectativas de autoeficacia** (*ya estoy como siempre, no tengo remedio, nunca lo conseguiré...*) que favorece que en poco tiempo se produzca una verdadera recaída o vuelta al patrón anterior de consumo.

## 5. La Activación Conductual

El modelo explicativo que hemos esbozado nos permite entender los aspectos centrales de la estrategia básica para la recuperación y remisión del comportamiento depresivo, denominada Activación Conductual. Esta estrategia no es otra que la de **frenar el proceso de dejar de hacer** las cosas que antes hacía la persona en cuestión y, por el contrario, **aumentar las actividades potencialmente gratas**. La pérdida de sentido de la vida que conlleva la depresión proviene, como queda expuesto, de la pérdida de actividades reforzantes. Por el contrario, cuando la persona conecta, de nuevo o por primera vez, de manera estable, con actividades variadas y reforzantes, y que le hacen la vida llevadera y gratificante, mejora el estado de ánimo y remite la depresión.

La vía de la Activación Conductual para la recuperación conlleva también un **procedimiento** o protocolo específico que López y Costa<sup>21</sup> denominan '**actuar como si**': actuar, aún sin tener ganas o ánimo para hacerlo, primer y fundamental obstáculo para la activación conductual. Esta falta de ganas o ánimo, con el consiguiente abandono progresivo de las actividades que habitualmente hacen, desemboca en la gran trampa que las personas con depresión suelen tenderse y que representábamos en la figura 2, junto con el planteamiento alternativo de la Activación Conductual.

Se trata, pues, de no esperar a 'estar bien' (o estar 'curado') para seguir estando activo, hacer las cosas que antes hacía o introducir nuevas actividades. Se trata, por el contrario, de ponerse en marcha, de actuar 'como si me encontrara bien', e incluso 'como un experimento' porque es precisamente la acción lo que permite acceder a reforzadores valiosos y mejorar así el estado emocional y la motivación para seguir con un estilo de vida activo y gratificante, y, de esta manera, salir del círculo vicioso de la depresión. Obsérvese que este modelo huye de centrarse en la autoobservación, la autorreflexión y, en definitiva, el centrarse en uno mismo (el supuesto 'entender para cambiar'), consideradas centrales en otros modelos, porque los considera acciones contraproducentes ya que habitualmente favorecen la evitación o la inacción. Se trata de **cambiar la acción para cambiar el pensamiento y la emoción, y no al revés**.

---

21 López, E. y Costa, M. (2012). Manual de Consejo psicológico. Síntesis.

Sin embargo, conviene advertir contra la aparente simplicidad de la estrategia de la activación conductual. Ya hemos señalado la posible existencia de factores de vulnerabilidad en el individuo o en el contexto (repertorio escaso de intereses, escasa disponibilidad de fuentes de gratificación en el entorno, déficits de habilidades) que puede ser necesario abordar de modo previo o al mismo tiempo. Además, este modelo conlleva un proceso deliberativo con el consultante, de manera que éste asuma con claridad el **compromiso de pasar a la acción**. Desarrollaremos la forma de acometer este proceso más adelante, cuando planteemos un protocolo de actuación objetivo por objetivo. Adelantamos ahora algunos criterios relevantes para facilitar este compromiso con la acción en el cuadro 1.

### Criterios relevantes para facilitar la activación conductual

1. Validar y normalizar cuantos obstáculos muestre la persona en relación con el cambio.
2. Lograr que entienda la relación que hay entre acción y emoción y pensamiento.
3. Anticipar el esfuerzo que supone hacer cosas aún sin el ánimo para hacerlas.
4. Chequear valores, objetivos y razones por los cuales el esfuerzo le merece la pena.
5. Identificar actividades reforzantes previamente existentes pero perdidas por el individuo.
6. Identificar actividades fáciles de adoptar a corto y largo plazo.
7. Planificar actividades de modo gradual, partiendo quizá de un planteamiento en términos de 'hacer un experimento', sin pretender convencer sino directamente actuar.
8. Monitorizar la actividad y el estado de ánimo mediante registros o escalas.
9. Anticipar la evolución real (fluctuaciones) versus la evolución esperada (lineal).
10. Contemplar el entrenamiento en competencia social y en habilidades de solución de problemas u otras destrezas, cuando se aprecie un déficit que dificulte el acceso a fuentes de refuerzo.
11. Reforzar el cumplimiento de las actividades planificadas.
12. Instruir a las personas del entorno del individuo para que refuercen el cumplimiento de las actividades planificadas y de cualquier comportamiento 'positivo' que ejecute el consultante (tareas de casa, responsabilidades, vuelta al trabajo, verbalizaciones 'positivas', etc.), al mismo tiempo que retiran la atención a los comportamientos 'depresivos' (quejas, llantos, inactividad...). En una fase posterior, la actividad del sujeto será mantenida por los reforzadores no planificados que se deriven de ella.

Cuadro 1. Criterios relevantes para facilitar la activación conductual

Se comprende, por lo tanto, el énfasis que desde este enfoque se coloca en las **tareas para casa** entre sesión y sesión. La terapia consiste en un proceso de **aprendizaje**, y éste se lleva a cabo esencialmente fuera de la consulta, en las transacciones del individuo con los contextos donde se desenvuelve su vida. Lo que hacemos dentro de ella es, en buena parte, supervisar el cumplimiento de lo planificado, extraer conclusiones de la experiencia y planificar nuevas tareas.

Con este planteamiento se han desarrollado algunos manuales de tratamiento protocolizados. Entre ellos cabe citar el de Martell, Addis y Jacobson<sup>22</sup>, el de Lejuez et al.<sup>23</sup> (existe una versión en español de Sánchez et al.<sup>24</sup>), el de Kanter et al.<sup>25</sup> (también traducido al español) o, en nuestro país, el de Barraca y Pérez<sup>26</sup>.

## 6. Niveles de intervención

Las características de la intervención que proponemos (intensidad, duración, profesional responsable, uso de apoyo farmacológico o no...) estarán condicionadas por aspectos como:

- El grado en que la conducta depresiva afecta al desempeño habitual de nuestro consultante en su vida personal, familiar o laboral (lo que desde algún enfoque denominan 'profundidad' o 'gravedad' de la afectación del estado de ánimo y del comportamiento).
- Las expectativas y los deseos del consultante, condicionados en buena parte por su experiencia pasada en situaciones similares.
- Los recursos humanos disponibles y las destrezas de estos recursos.

Apresurémonos a aclarar que la depresión es un problema cuyo abordaje requiere un dominio conceptual de los mecanismos implicados en su aparición y en su mantenimiento, así como una notable destreza en el manejo de las técnicas y procedimientos disponibles para su modificación. El tratamiento psicológico de la depresión corresponde, por lo tanto, al psicólogo clínico. Esta realidad no excluye, a nuestro juicio, la posibilidad de que otros profesionales de la salud, debidamente entrenados y bajo ciertos supuestos, puedan llevar a

---

22 Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.

23 Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Aciemo, R., Daughters, S.B., & Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35, 111-161..

24 Sánchez-González, D., Soto-Lumbreras, A., Vega-Moreno, D. y Ribas-i-Sabaté, J. (2011). Traducción al Castellano de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y adaptación a Formato Grupal. Datos preliminares de su aplicación en una muestra de pacientes deprimidos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 100.

25 Kanter, J.W., Busch, A.M. y Rusch, L.C. (2011). *Activación Conductual. Refuerzos positivos ante la depresión*. Alianza.

26 Barraca, J. y Pérez, M. *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis. Madrid, 2015.

cabo intervenciones altamente coste efectivas. Este criterio se ve reforzado, además, por la insuficiencia de psicólogos clínicos en los dispositivos y en los niveles asistenciales donde habitualmente se realizan los tratamientos para dejar de fumar.

Una vez planteada esta consideración, no es fácil establecer criterios precisos respecto a cuándo derivar el caso a un profesional de la psicología clínica o la psiquiatría, o respecto a cuándo utilizar algún apoyo farmacológico, pero sí queremos enfatizar el principio de que ni la derivación a un recurso especializado ni el tratamiento farmacológico sean la primera (ni mucho menos única) opción a considerar cuando apreciamos comportamientos propios de lo que llamamos 'depresión'. Como queda expuesto en el apartado anterior, en buena parte de los casos es suficiente con una intervención de activación conductual, relativamente breve y que puede ser llevada a cabo por un profesional debidamente entrenado de la enfermería o la medicina, con la ventaja añadida de que puede ser el mismo que asiste al consultante en su programa de deshabituación tabáquica.

Consecuentemente, cabría plantear tres posibles niveles de intervención:

- Nivel 1: intervención **mínima**, a cargo de un profesional sanitario formado en deshabituación tabáquica.
- Nivel 2: intervención **breve**, sin derivación a otro dispositivo, a cargo de un psicólogo clínico u otro profesional sanitario entrenado en activación conductual.
- Nivel 3: **derivación** para atención especializada a cargo de un psicólogo clínico o un psiquiatra.

En el apartado siguiente expondremos los objetivos y procedimientos correspondientes a los dos primeros niveles. No dedicaremos espacio al tercer nivel (derivación) porque implica en todos los casos una valoración por parte de un profesional especializado, psicólogo clínico o psiquiatra. Lo utilizaremos cuando dispongamos de este recurso y las exigencias del caso excedan la capacidad para ser afrontadas por parte del profesional que asiste en la deshabituación tabáquica.

## 7. Intervención en el contexto del abordaje de la deshabituación de tabaco y/o cannabis

### 7.1. Intervención mínima: validación – aceptación - orientación.

En el primer nivel (intervención mínima) la actuación profesional se limita a la **validación, aceptación y orientación**. Podemos sintetizar esta intervención en tres ideas:

1. Se informa de que la aparición de sentimientos de tristeza y apatía es **normal** y, habitualmente, pasajero, después de haber dejado de fumar (validación).
2. Se informa de que dicho fenómeno es **explicable** como resultado de la retirada de la administración de nicotina y de la 'pérdida' que supone el abandono del cigarrillo y su cortejo social consiguiente.
3. La conducta a seguir es simplemente 'darse permiso' para estar triste durante un tiempo (**aceptación**) junto con sugerencias orientadas a cómo actuar para minimizarlo (**orientación**).

Planteamos un posible guion en el cuadro 2.

## Intervención mínima: validación – aceptación - orientación

Una vez apreciados indicadores que denotan bajo estado de ánimo, un ejemplo de intervención mínima puede ser el siguiente.

*Cuando se deja de fumar es muy frecuente y es normal sentirse triste, decaído o apagado durante un tiempo. Todos lo hemos observado en otras personas cuando han dejado de fumar. Esto se debe a tres motivos.*

*Por un lado, la nicotina es un poderoso estimulante para nuestro sistema nervioso, y éste se ha acostumbrado a él de modo que ha dejado de fabricar sus propios estimulantes internos. Cuando se deja de fumar, el cuerpo ‘protesta’, ‘se viene abajo’ y nos sentimos decaídos. Hace falta un tiempo, tal vez algunos días o semanas, para normalizar esta situación.*

*Por otro lado, fumar es una actividad que nos produce placer, y que a menudo está asociada a otras que también nos producen placer. Cuando se deja de fumar dejamos, por lo tanto, de recibir el placer que se deriva de estas actividades, y eso hace que nos sintamos decaídos, porque practicar actividades placenteras es lo más importante para mantener un estado de ánimo óptimo; este decaimiento, a su vez, hace que estemos aún menos activos, de modo que se forma un círculo vicioso. También aquí hace falta un tiempo, e incluso un cierto esfuerzo durante un tiempo para buscar actividades alternativas que nos gusten y que no estén asociadas a fumar. Piense que fumar ha sido una actividad grata durante años y que le ha acompañado en momentos importantes.*

*Finalmente, fumar es una herramienta que hemos utilizado miles de veces a lo largo de nuestra vida para relajarnos, estimularnos, tomar decisiones, concentrarnos, trabajar mejor, afrontar el aburrimiento, etc. Al dejar de fumar perdemos esa herramienta, y tenemos por delante la tarea de aprender a afrontar todas estas situaciones, por primera vez en la vida, sin el tabaco. Esto supone un estrés importante.*

*Así pues, dejar de fumar supone una tarea de aprendizaje que puede ser complicada. Supone renunciar a una herramienta valiosa. Algunos dicen que es como perder a un amigo. Esto tiene mucho de verdad, pero también se puede ver de otro modo: como una oportunidad para introducir cambios en nuestras vidas que la hagan más rica y más placentera.*

*La salida de esta situación consiste, por lo tanto, en dos cosas:*

- 1. Ante todo, saber que esto es normal y temporal, y ‘darme permiso’ para sentirme apático, decaído o triste durante un tiempo.*
- 2. Recuperar actividades, o iniciar actividades nuevas que puedan ser gratificantes para usted. Esto es algo sobre lo que podemos trabajar.*

Este mensaje puede transmitirse de modo rutinario a todas las personas que inician un tratamiento de deshabituación tabáquica, y por lo tanto puede hacerse en grupo (en la sesión en la que se aborden las expectativas de los participantes, por lo general la primera). Aunque es sencillo, suele tener un efecto potente y preventivo en muchos casos porque normaliza y ‘despatologiza’ una reacción emocional que es fácil de entender, evitando así que el exfumador se preocupe en exceso y pueda llevar a cabo acciones contraproducentes.

La realiza el profesional sanitario que conduce el programa de deshabituación tabáquica y puede emplearse en ella unos minutos.

## 7.2. Intervención breve

El segundo nivel de intervención (**intervención breve**) puede acometerse en grupo, cuando el número de beneficiarios lo aconseja, o, más frecuentemente, en consulta individual durante un número limitado de sesiones (entre 2 y 8, con frecuencia semanal) de duración breve y objetivos específicos. Si se realiza individualmente, la intervención puede ser paralela o posterior al programa en grupo.

A cómo actuar en este nivel de intervención dedicamos básicamente este documento. Como todo protocolo, consiste en una serie de pasos que puede ser alterada en función de distintas variables de la persona a la que atendemos, de su contexto o del criterio del profesional.

Vamos a plantear el protocolo como una secuencia de objetivos relativamente estandarizada, junto con una propuesta de sesiones para cada uno de ellos. Obviamente, cabe dedicar más de una sesión a un mismo objetivo, y también cabe incluir más de un objetivo en una misma sesión. En la figura 4 resumimos la propuesta de sesiones, junto con los objetivos y los instrumentos a utilizar en cada una de ellas. A continuación desarrollaremos el protocolo sesión por sesión y objetivo por objetivo.

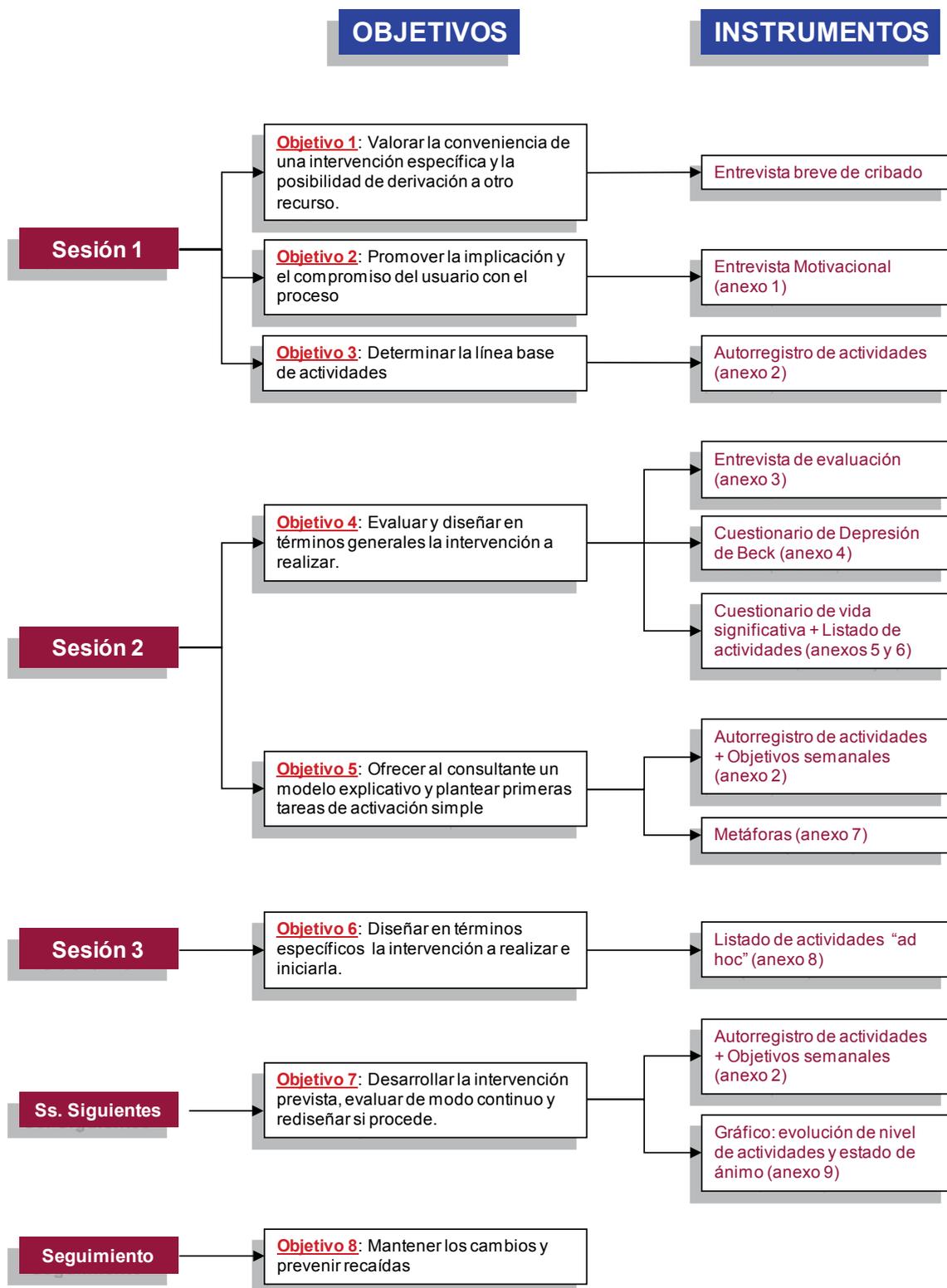
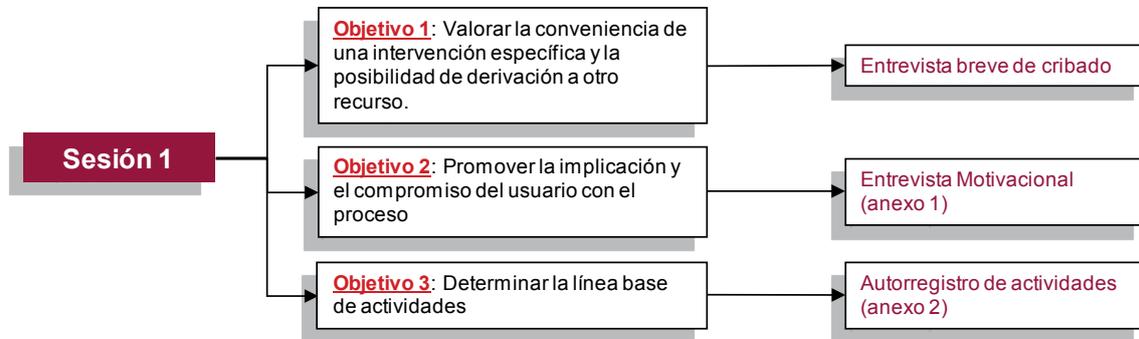


Figura 4. Propuesta orientativa de sesiones, objetivos e instrumentos

## 7.2.1. Sesión 1



### 7.2.1.1. Objetivo 1. Valorar la conveniencia de una intervención específica y la posibilidad de derivación a otro recurso

Después de haber detectado en el grupo indicadores de bajo estado de ánimo (por el comportamiento en el grupo, por la historia previa, por la información directa del usuario...) y haber concertado una cita individual con la persona, se trata en primer lugar de decidir sobre una de estas tres opciones:

1. No se requiere ninguna intervención específica breve orientada a la mejora del estado de ánimo. Es suficiente con una orientación mínima.
2. La persona es una candidata idónea para la intervención breve que proponemos, basada en procedimientos de Activación Conductual.
3. Se requiere valoración, y posible derivación, por parte del profesional de la psicología clínica o la psiquiatría, en el caso en que no sea este profesional quien le atiende.

La decisión entre las opciones 1 y 2 no reviste dificultad, porque es fácilmente reversible. La decisión entre las opciones 2 y 3 tiene mayor trascendencia, porque supone que existe una situación de mayor gravedad y porque puede suponer implicar a otros profesionales y tal vez a otros dispositivos. Los principales criterios para adoptar la decisión de derivar al paciente a un dispositivo especializado serían:

- Estar actualmente en tratamiento por depresión, salvo que el tratamiento sea únicamente farmacológico, en cuyo caso cabe valorar su compatibilidad con el programa de activación conductual.
- Presentar antecedentes de tratamiento por depresión en algún servicio o profesional de la psicología clínica o la psiquiatría, salvo si los antecedentes son lejanos, de menor entidad, o si no se dispone de un recurso idóneo.
- Presentar ideación suicida, manteniendo el contacto hasta que la derivación sea efectiva.

- No disponer de recursos en el propio centro para la valoración de psicología clínica o psiquiatría.

Obviamente, la decisión sobre una posible derivación se adoptará tomando en consideración la combinación de varios criterios, y no uno solo. En este sentido, el último criterio que se propone (si se dispone o no de recursos efectivos) es decisivo y condiciona la importancia del resto.

### **7.2.1.2. Objetivo 2. Promover la implicación y el compromiso del usuario con el proceso**

El mejor tratamiento no sirve de nada si el potencial beneficiario no está dispuesto a seguirlo o incluso si, aunque de entrada lo esté, no se genera el compromiso que se requiere para continuarlo de modo consistente durante el tiempo. Esto es más cierto aún en abordajes orientados a cambios de comportamientos, que suelen ser costosos porque implican al principio un esfuerzo y una renuncia a las ventajas que se consiguen a corto plazo con los viejos hábitos, como por ejemplo los que configuran el 'estar triste o deprimido': recibir atención de las personas del entorno, eludir responsabilidades, evitar esfuerzos...

Así pues, si queremos influir sobre el comportamiento del consultante, tenemos que conseguir su compromiso con el proceso que vamos a proponerle. Conviene, por lo tanto, invertir tiempo y actuar de modo cuidadoso para conseguir este objetivo.

Los profesionales que trabajan en la deshabituación tabáquica están a menudo familiarizados con los principios y procedimientos de la llamada 'Entrevista Motivacional', aplicada al ámbito de las conductas adictivas. No obstante, remitimos al lector a la guía<sup>27</sup> y al DVD<sup>28</sup> publicados por el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de Madrid Salud – Ayuntamiento de Madrid y descargables desde su página web. Además, en el anexo 1 ofrecemos una síntesis de sus componentes principales junto con algunos ejemplos.

Obsérvese que un ingrediente importante del modelo de entrevista motivacional que proponemos en el anexo 1 consiste en resituar las expectativas del consultante, insistiendo en la necesidad de un compromiso y esfuerzo por su parte, lo que redundará en la consecución de logros a corto plazo.

Si el consultante decide participar en el proceso, se le propone un plan de actuación, detallándole el camino a seguir tanto en la frecuencia y desarrollo de las sesiones como en la necesidad de implicarse, fuera de la sesión, a través de la incorporación de actividades semanales y el registro de las mismas. Con ello pretendemos ofrecerle una visión general de lo que será la intervención, de la necesidad de su compromiso en la tarea y de nuestra función como terapeutas.

27 Costa, M., Moreno, J. J., Sánchez-Vegazo, E. y Ayllón, J. L. (2008). ¡Dispuestos a dejar de fumar! Cómo hacerlo fácil. Una guía para el consejo clínico. Instituto de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid. Disponible en <http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/saludpublica/GuiaDEJARdeFUMAR.pdf>

28 Costa, M., Moreno, J. J. y Aguado, Z. (2008). ¿Discutir o dialogar? Guía de entrevista Motivacional para la dependencia tabáquica. Instituto de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid. Disponible en <http://madridsalud.es/entrevista-motivacional/>

### 7.2.1.3. Objetivo 3. Determinar la línea base de actividades

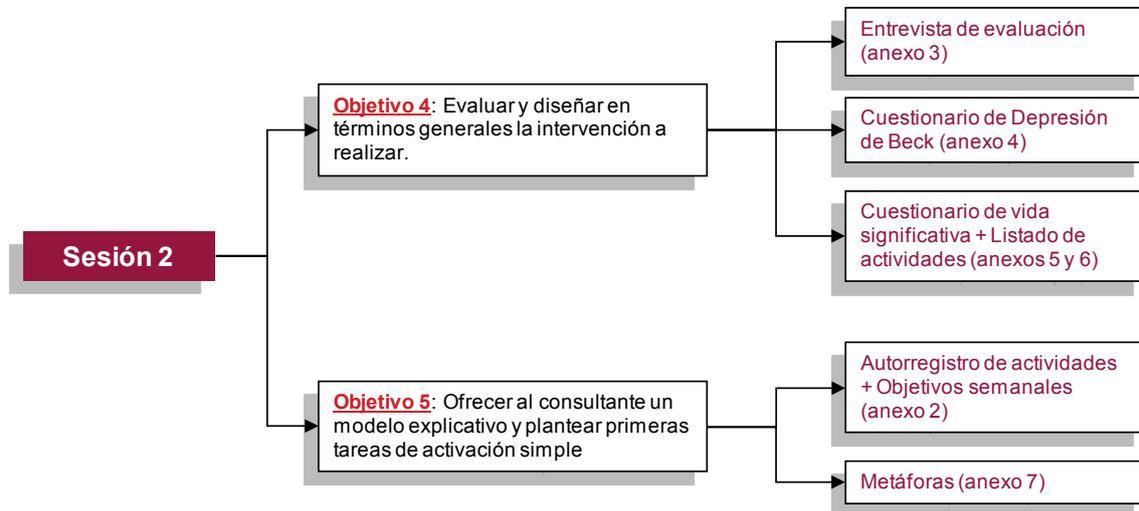
La baja tasa de actividades reforzadas positivamente que practica el consultante es el elemento explicativo central del bajo estado de ánimo, según el modelo que planteamos (ver figura 1), y su incremento constituye por lo tanto el foco de la intervención. La evaluación de en qué medida se consigue este objetivo requiere partir de una determinación de dicha tasa antes de la intervención, o 'línea base'.

Con este objetivo, pediremos como tarea al consultante que lleve un registro de actividades diarias hasta la fecha de la siguiente sesión (en torno a una semana). Para ello proponemos utilizar el modelo del anexo 2. Es importante dedicar tiempo a explicar cómo debe realizarse el registro y a aclarar cualquier duda.

Algunos elementos a tener en cuenta cuando solicitemos el registro son los siguientes:

- No debe hacerse ningún esfuerzo por practicar más actividades de las que el consultante viene practicando en los días previos a la consulta. No pretendemos todavía aumentar la tasa de actividades, sólo conocerla. Por ese motivo, el apartado 'objetivos' que figura en el modelo de registro del anexo 2 debe permanecer en blanco, o incluso suprimirse.
- Las actividades a registrar incluyen aquellas que se hacen por rutina o por obligación, y también las que se hacen porque son gratificantes; entre estas últimas incluimos tanto pequeñas acciones puntuales (comer un helado, cantar, llamar a un amigo...) como actividades repetidas y tal vez sujetas a un horario (ir al gimnasio...).
- Junto con cada actividad, pedimos que anote cómo se sintió mientras la realizaba. Utilizamos una escala de 0 a 10, donde el 0 significa el máximo decaimiento o tristeza y el 10 un estado de ánimo totalmente eufórico. El objetivo es que el consultante compruebe la relación existente entre la cantidad y calidad de las actividades que realiza y su estado de ánimo.
- El registro debe ser fácil de realizar y no suponer una tarea costosa o aburrida. En una sola hoja como la que aparece en el anexo 2 debe caber el registro de una semana. Puede utilizarse cualquier tipo de abreviatura para anotar. Durante la revisión de esta tarea, al principio de la siguiente sesión, el consultante podrá explicar el significado de las abreviaturas.
- Para no olvidar datos importantes, y al mismo tiempo que el hecho de anotar interfiera lo mínimo en las actividades cotidianas, puede sugerirse que se deje la hoja de registro en la mesilla de noche, y que cada noche, antes de acostarse, registre las actividades realizadas durante ese día.
- Suele ser útil mostrar ejemplos de registros de otros supuestos usuarios, o mostrar en la propia consulta cómo debe hacerse

## 7.2.2. Sesión 2



### 7.2.2.1. Objetivo 4. Evaluar y diseñar en términos generales la intervención a realizar

Nuestro objetivo es formarnos una 'hipótesis de trabajo', basada en el modelo teórico que hemos expuesto en los apartados 3 y 4, de la que se desprenda un **Plan de Activación Conductual** (ver apartado 5) a la medida. Tal como hemos representado en la figura 4, ese plan será el punto de partida para la asignación de objetivos y tareas semanales, cuyo cumplimiento será monitorizado mediante autorregistros de actividades.

Las variables a evaluar son, básicamente, las que aparecen en modelo teórico que hemos expuesto en los apartados citados y que aparecía sintetizado en la figura 3. En resumen, nos interesa conocer:

- Cuál es la tasa de actividades gratificantes que practica actualmente la persona. Para conocerla solicitamos como tarea para casa, al final de la sesión anterior, un registro de actividades. Como siempre que se pide una tarea entre sesión y sesión, es importante dedicar tiempo al principio a revisar su cumplimiento y posibles dificultades, y a reforzar generosamente el esfuerzo realizado
- Cuál es la severidad del bajo estado de ánimo y de los comportamientos depresivos: manifestaciones vegetativas (sueño, apetito, llanto...), conductas de queja, evitación de actividades o responsabilidades, percepción sobre sí mismo, el entorno o el futuro.
- Cómo reaccionan los demás ante los comportamientos depresivos (atención social ante conductas específicas, atención profesional, posible baja laboral...)
- Cuál es el impacto del abandono del tabaco actual sobre el estado de ánimo y la actividad. Pérdida de fuentes de refuerzo que ha supuesto para el individuo el abandono del tabaco. Cómo han cambiado sus actividades a partir de dejar de fumar.

- Cuáles son los valores, intereses, aficiones y actividades reforzantes para el consultante.
- Cómo es el repertorio de habilidades sociales, de habilidades de resolución de problemas, de otras habilidades específicas.
- Con qué apoyos sociales cuenta.
- Cuáles eran sus expectativas respecto a la naturaleza del proceso de dejar de fumar. Posibles expectativas disfuncionales.

Para llevar a cabo esta evaluación contamos con una amplísima lista de instrumentos (modelos de entrevista, cuestionarios, escalas, autorregistros, técnicas de observación directa, técnicas de 'role-playing'...) cuya descripción es innecesaria para los objetivos de esta guía. Nosotros proponemos utilizar, como procedimientos básicos, los que se citan en la figura 4 y que describimos brevemente en la tabla 1:

Instrumento	Objetivo
Autorregistro de actividades (ANEXO 2).	Ya ha sido cumplimentado durante la semana anterior, con el fin de establecer la línea base de actividades. Lo revisaremos cuidadosamente y reforzaremos su realización.
Entrevista (ANEXO 3).	Además de constituir el marco general en el que se desarrolla toda la intervención, y permitir establecer una relación de confianza, sirve para evaluar todas las variables citadas. En algunos casos, de modo exclusivo y, en otros, con el apoyo de alguna de las herramientas específicas que se citan a continuación
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II Breve) (ANEXO 4).	Ofrece una puntuación global de depresión que puede utilizarse para evaluar el efecto del tratamiento en distintos momentos. También es interesante la información cualitativa que se desprende de sus 11 ítems. Se trata de la escala más utilizada internacionalmente, y también en nuestro país.
Cuestionario de Vida Significativa, de Wilson et al. <sup>29</sup> (ANEXO 5).	Lo utilizaremos para identificar valores, áreas de interés y potenciales actividades gratificantes. Se entrega al usuario como tarea para casa, y posteriormente revisa y se completa en la consulta.
Adaptación del Listado de Actividades de Lejuez et al. <sup>30</sup> (ANEXO 6).	Junto con el cuestionario anterior, la utilizaremos para identificar potenciales actividades gratificantes que sirvan como punto de partida para elaborar planes de activación.

Tabla 1. Objetivos e instrumentos de evaluación

29 Wilson, K.G., Sandoz, E.K., Kitchens, J., Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. Carbondale, IL, Southern Illinois University.

30 Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Hopko, S.D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. Treatment Manual. Behavior Modification, Vol. 25 No. 2, 2001.

Habitualmente comenzaremos la sesión revisando el cumplimiento de la tarea de registro de actividades y estado de ánimo asociado. Con esto tendremos una primera idea de cuáles y cuántas actividades lleva a cabo habitualmente nuestro consultante. Es importante reforzar su cumplimiento, o incluso meramente el esfuerzo realizado, porque pretendemos que este registro se repita a lo largo de las sesiones de intervención.

A continuación realizaríamos la entrevista de evaluación. En el anexo 3 proponemos una guía de entrevista, que debe ser utilizada de modo flexible y orientada a los aspectos significativos del caso. Los datos recogidos en la entrevista los completamos con dos cuestionarios:

- El cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II Breve, anexo 4), que el consultante puede rellenar en unos minutos en la propia consulta.
- El Cuestionario de Vida Significativa de Wilson et al. (anexo 5). Este consiste en una lista de 10 áreas vitales con preguntas orientadas a identificar actividades potenciales gratificantes en cada una de ellas. Puede entregarse al usuario y pedirle que lo cumplimente en casa y lo traiga a la próxima cita. Para facilitar la tarea de identificación puede proporcionársele también un listado de actividades como el que hemos adaptado a partir del listado de Lejuez et al. (anexo 6). Al principio de la siguiente cita se revisará la realización de la tarea y se completará con la ayuda del profesional.

Con los datos disponibles en este momento (a falta de la información más precisa que obtendremos a través del Cuestionario de Vida Significativa), ya estamos en condiciones de proponer las primeras tareas de activación simple, a realizar antes de la siguiente cita.

#### **7.2.2.2. Objetivo 5. Ofrecer al consultante un modelo explicativo y plantear las primeras tareas de activación simple**

La implicación del consultante a lo largo de todo el proceso es un elemento crítico que exige como condición que conozca el porqué y la importancia de la activación conductual. El consultante debe relacionar su estado de ánimo con la cantidad y tipo de actividades reforzantes que practica, de tal modo que se mantenga una implicación activa en el proceso. Por este motivo, además de exponer el contenido básico del modelo teórico (expuesto en los puntos 3, 4 y 5 de esta guía) es muy importante prestar atención a la manera de proporcionarla, y a este respecto podemos plantear algunas sugerencias:

- La exposición del modelo teórico debe ser clara, sencilla y adaptada al lenguaje y al nivel de comprensión del consultante. Es sumamente útil utilizar ejemplos, así como apelar a la propia experiencia del consultante, preguntándole sobre acontecimientos o 'golpes de la vida' por los que haya pasado, y el efecto que produjeron sobre sus actividades y rutinas, y sobre su estado de ánimo. Una posible exposición, tomada de la guía *El estrés y el arte de amargarnos la vida*<sup>31</sup> elaborada por el Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud – Ayuntamiento de Madrid, es la que planteamos en el cuadro 3.

31 Costa, M., Aguado, Z. y Cestona, I. (2008). El estrés y el arte de amargarnos la vida. Centro de Promoción de Hábitos Saludables. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Disponible en [http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Estres\\_arte%20amargarnos%202009\\_.pdf](http://www.madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Estres_arte%20amargarnos%202009_.pdf)

## La gran trampa de la depresión: esperar a estar bien

**Sentir pena, tristeza o estar decaídos puede ser normal.**- En ocasiones, aparte de las situaciones de estrés sostenido, hay sucesos de la vida (una enfermedad, pérdidas de seres queridos, de trabajo o de cosas a las que nos apegamos) que nos golpean, nos conmocionan y nos producen dolor y sufrimiento. Es normal y puede ser adaptativo porque es una señal para obtener apoyo y consuelo.

**La pena y la tristeza pueden enredarnos y prolongarse en el tiempo.**- La pena y la tristeza también pueden enredarnos si persisten, apartarnos de la vida y apartar a los demás de nuestra vida. Ello ocurre cuando nos quejamos en exceso, permanecemos pasivos y esperamos a estar bien para normalizar nuestra vida. El **caso de Conchita** nos puede ayudar a comprender bien este fenómeno.

*A Conchita, que lleva una temporada mal, triste y abrumada por sus problemas, le llama una amiga proponiéndole ir al cine, como tantas veces. Esta es la respuesta de Conchita: 'mira es que me encuentro fatal, no puedo salir porque no estoy con ánimo, hasta que no me encuentre bien no cuentes conmigo. Me tendría que arreglar y eso me resulta imposible con el ánimo que tengo. No disfrutaré de la película y tendré que contar como estoy. No, decididamente, no puedo.'*

### Preguntas y enseñanzas para meditar:

- ¿Acaso Conchita no puede salir o no puede arreglarse porque no está de ánimo?, ¿Realmente, el bajo estado de ánimo es la causa de que no salga o de que no se arregle o más bien es que no le apetece salir y ha decidido no salir y no arreglarse y además está con bajo estado de ánimo?, ¿Podemos hacer cosas aunque no nos apetezca si decidimos hacerlas?
- En efecto, el bajo estado de ánimo no es la causa de que no salga. La única causa que pudiera impedirla salir sería estar maniatada y encerrada en casa o postrada en una cama sin poder moverse. Hay personas que tienen un estado de ánimo bajo y, sin embargo, deciden salir, aunque no les apetezca. Y basta que hayan tomado esta decisión para que su estado de ánimo comience a mejorar. Esta es la gran trampa: esperar a estar bien para hacer cosas y no comenzar a hacer cosas para estar bien.
- Esta trampa puede llevar a aislarnos, a enredarnos, a centrarnos en nosotros mismos y permitir que la tristeza se amplifique e invada todas las áreas de nuestra vida. La queja reiterada puede alimentar el bajo estado de ánimo (También estamos tristes porque lloramos). **No se trata de cambiar primero nuestra forma de pensar o nuestro estado de ánimo, sino de seguir conectados a la vida a pesar precisamente de estar mal. Es crear las condiciones para estar bien, aunque no tenga ganas de hacerlo.**

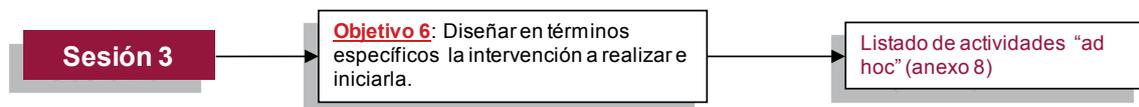
Cuadro 3. La gran trampa de la depresión

- Un recurso muy útil para hacer ver la importancia de la acción es utilizar alguna metáfora. Las metáforas suelen ser agradables de escuchar, fomentan un clima distendido en la entrevista, se recuerdan bien, promueven la reflexión y, en el caso presente, favorecen la acción. En el anexo 7 exponemos algunas adecuadas para nuestro objetivo. La metáfora del ‘amante’ sirve para explicar de modo ameno y fácil de entender lo que es la esencia del programa, es decir, cómo nuestro estado de ánimo depende de la cantidad y la variedad de ‘amantes’ (es decir, fuentes de gratificación) de los que disponemos en nuestra vida diaria, y por lo tanto la importancia de ‘buscarse amantes’. La metáfora del ‘elefante encadenado’ hace pensar magníficamente sobre cómo la idea de que ‘no podemos’ cambiar limita nuestras posibilidades y la importancia de pasar a la acción, de ‘hacer la prueba’ como la única forma de descubrir que las ataduras a menudo no son tales. También la metáfora del ‘león’, igualmente breve y atractiva, ilustra perfectamente la improductividad de evitar las situaciones que nos producen temor y, por el contrario, el valor del paso a la acción como único modo de descubrir el escaso fundamento objetivo de la mayoría de nuestros miedos.
- Anime al consultante a que plantee cualquier duda u objeción. Cuando lo haya hecho, hágale ver que su objeción o duda es válida y legítima, incluso aunque se oponga frontalmente a nuestra explicación. Responda a la objeción o duda.
- Si, a pesar de todo, el consultante es reticente a asumir nuestro enfoque (tal vez porque piensa que su ‘depresión’ se debe a otros motivos), manifiéstele claramente que puede entender su escepticismo, e incluso que es saludable, pero, en lugar de tratar de convencerle, propóngale prescindir de discusiones y hacer la prueba durante un tiempo (*se me ocurre que tal vez podríamos hacer un experimento, si a ti te parece bien...*).
- Ante la objeción, muy frecuente, del *no puedo, mi estado de ánimo me impide realmente hacer las cosas que usted me propone*, valide esta objeción (*realmente debe estar usted pasándolo mal, y puedo entender que le cueste mucho recuperar sus actividades...*) pero hágale ver que a pesar de todo las emociones no determinan el comportamiento (*permítame una pregunta: ¿no ha hecho nunca algo a pesar de que no tenía ganas de hacerlo? ¿No es por lo tanto su decisión, y no su estado de ánimo, lo que determina que usted haga o no haga determinadas cosas?*) y propóngale hacer la prueba de actuar ‘como si tuviera ganas’.
- Plantee como tarea entre sesión y sesión, para esta primera semana, actividades que sean sencillas y fáciles de realizar y que sean realmente reforzantes. Explique que no se trata de cambiar de la noche a la mañana, ni de empezar a practicar actividades que nunca le han interesado.

La sesión concluye con la asignación de ‘tareas para casa’, que en este caso son tres:

1. Rellenar el Cuestionario de Vida Significativa (Wilson et al.), tal vez ayudado de algún listado de actividades como el de Lejuez et al. Ambos documentos se entregan (anexos 5 y 6).
2. Introducir en sus actividades semanales alguna actividad sencilla, fácil de realizar y que sea gratificante (salir al cine, dedicar un rato a leer un libro, llamar a una amiga, quedar para comer, preparar una comida especial, salir a correr, ir de tiendas...). A esto le llamamos ‘tarea de activación simple’. El preferible que sea el propio consultante quien las proponga y las decida. Debe concretarse también el momento de la semana en que se van a practicar, con el fin de evitar tener que decidirlo sobre la marcha, con el riesgo que esto supone de demorarlo y terminar no haciéndolo.
3. Continuar con el registro semanal de actividades. Es similar al de la semana anterior, pero esta vez incluimos las actividades planificadas como objetivo a cumplir (ver anexo 2).

### 7.2.3. Sesión 3



#### 7.2.3.1. Objetivo 6. Diseñar en términos específicos la intervención a realizar e iniciarla

Una vez iniciado el proceso de evaluación y la puesta en marcha de algunas actividades simples, nuestro siguiente objetivo es integrar la información obtenida en un plan de activación conductual más preciso y ajustado a lo que ya sabemos del usuario. Este plan será nuestra guía a partir de ahora, siendo su monitorización el objetivo fundamental en las sesiones posteriores, al igual que el de incluir aquellas modificaciones que sean necesarias como consecuencia de su puesta en marcha.

La sesión comienza revisando, junto con el usuario, las tareas de la sesión anterior: el Cuestionario de Vida Significativa y el autorregistro de actividades semanales, donde ya añadíamos algunas actividades simples nuevas.

Analizar al inicio de la sesión el autorregistro de actividades simples semanales, tal y como se ha mencionado con anterioridad, nos permite reforzar al consultante valorando su grado de satisfacción a la hora de ponerlas en práctica y el cambio percibido en su estado de ánimo esa semana. Esto nos ayudará a mostrarle, de nuevo, la relación existente entre ese cambio y la incorporación de dichas actividades. El refuerzo incrementa su disposición a seguir trabajando en esa línea y, por consiguiente, su compromiso con las tareas sintiéndose gratificado por sus esfuerzos desde el principio, tal y como pretendíamos.

El Cuestionario de Vida Significativa requiere un examen más profundo, garantizando que su cumplimentación y comprensión hayan sido correctas, ya que constituye el pilar en el que se sustenta todo nuestro plan de activación. Es importante no olvidar preguntar y ayudar al consultante en las dificultades y dudas encontradas a la hora de completarlo.

Los problemas más comunes con los que nos podemos encontrar son:

- La ausencia de comprensión y clarificación de los valores lo que impide su correcta concreción
- La falta de habilidades del usuario para identificar dichos valores o su importancia
- La afirmación y reiteración de la inutilidad de los valores en sí mismos, apoyándose para su argumentación en su trayectoria personal y en su estado de ánimo actual.

Ante estas dificultades y resistencias cabe la posibilidad de ayudar al usuario en la misma sesión a completar el cuestionario, dirigiendo con nuestras preguntas y comentarios deliberativos la tarea, sin presiones ni convencimientos inútiles que le harán enconarse en su postura. Si aun así se siguen produciendo resistencias, el terapeuta tiene la opción de centrarse en una o dos áreas o dejar para más adelante su cumplimentación y seguir con la incorporación de actividades simples durante las siguientes sesiones, hasta que la consecución de algunos logros posibilite retomar de nuevo la tarea.

Una vez analizado el Cuestionario de Vida Significativa es necesario definir objetivos y actividades operativas derivadas de cada una de las áreas, garantizando que estas actividades sean consistentes con los valores de cada consultante, condición necesaria para garantizar la aparición y mantenimiento de refuerzos estables en su vida. Estas actividades deben ser concretas, observables y medibles, así como gratificantes para él. Es conveniente que sean lo más variadas posibles y que abarquen diferentes grados de dificultad. No es necesario que todas puedan llevarse a la práctica inmediatamente, algunas pueden ser consideradas a largo plazo y desglosarse, a su vez, en otros objetivos a corto plazo (por ejemplo, aprender informática o un idioma puede concretarse previamente en comunicárselo a la familia, buscando un horario adecuado y una academia que le resulte cercana)

Es sumamente importante, en orden a que la planificación de actividades sea realista y factible, que el profesional conozca con cierto detalle los recursos disponibles en la zona, públicos o privados, y las condiciones y procedimientos para acceder a ellos: centros culturales, polideportivos, organizaciones no gubernamentales, asociaciones diversas, sindicatos... Si no se dispone de información de primera mano, puede recurrirse a publicaciones de ocio o a la información que facilitan las páginas web del municipio o la comunidad autónoma. Conviene disponer de un 'banco de recursos' lo más completo, variado y actualizado posible. Son especialmente interesantes las organizaciones ciudadanas que compartan con el consultante intereses o circunstancias comunes (como, por ejemplo, amas de casa). Una posibilidad interesante, incluso aunque el profesional disponga de información suficiente, es que sea el propio interesado quien busque información sobre estos recursos, pasando a ser esta búsqueda una tarea más dentro del proceso de activación.

Las actividades definidas las agrupará el usuario en un listado de actividades ‘ad hoc’ (anexo 8) personalizado, donde se especifique la actividad y su grado de dificultad. Este listado constituye nuestro ‘banco’ de actividades del que iremos obteniendo las tareas que el usuario irá realizando en las siguientes semanas.

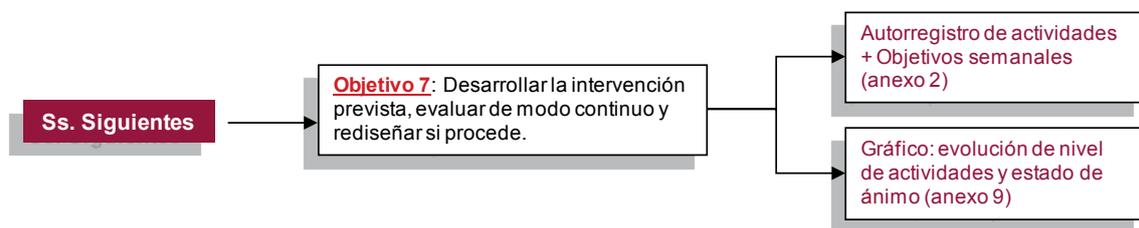
Se propone que el número de actividades definidas sean en total 15 ya que garantiza que estén las 10 áreas representadas, así como los diferentes grados de dificultad. Estas actividades se agrupan de 3 en 3 en función de su nivel de dificultad, considerando 5 niveles de dificultad creciente con 3 actividades cada uno. El nivel 1 recoge las actividades más fáciles de realizar y el 5 las más difíciles. En la tabla 2 mostramos un ejemplo.

Actividad	Grado de dificultad (1-5)
1 Limpiar la casa	3
2 Escuchar música	1
3 Invitar a merendar a mi familia	4
4 Salir a caminar durante una hora	3
5 Ir a la peluquería	2
6 Ir a la compra	2
7 Asistir a un curso de fotografía en el centro cultural	5
8 Leer un rato	1
9 Asistir a clases de baile	5
10 Estar con amigos	3
11 Ir al teatro	4
12 Salir a cenar	4
13 Salir al parque con mi hija	2
14 Tomar el sol en la terraza de mi casa	1
15 Salir un fin de semana de excursión	5
16 Levantarme temprano	1

Tabla 2. Un ejemplo de listado y jerarquización de actividades a realizar

La tarea que se plantea al consultante para la siguiente sesión es la de continuar con el registro de actividades diarias, pero con la indicación de incorporar durante la semana las 3 actividades del nivel 1, es decir, las de menor grado de dificultad (anexo 8). Estas actividades deben realizarse un número determinado de veces (objetivo semanal), que será establecido previamente con el usuario

### 7.2.4. Sesiones siguientes



#### 7.2.4.1. Objetivo 7. Desarrollar la intervención prevista, evaluar de modo continuo y rediseñar si procede

Comenzamos la sesión revisando el autorregistro de actividades semanal. En él podremos comprobar si las actividades que se van incorporando son las adecuadas. Cuando un objetivo semanal se ha cumplido, pero está por debajo de la meta ideal que se había establecido previamente, se acordará con el consultante un incremento de su frecuencia o duración para la siguiente semana.

Si un objetivo no se cumple tal y como se había propuesto para esa semana, o bien la actividad ni siquiera se ha incorporado a la vida cotidiana del usuario, estamos obligados a rediseñar el plan de actividades. Es imprescindible pararnos a analizar (evaluación continua) los motivos por los que esto ha ocurrido para evitar que el plan establecido pueda fracasar, ya que si fuese así correríamos el riesgo de beneficiar las tesis del usuario sobre la inutilidad de cualquier intento por mejorar, reafirmandose en sus sentimientos de tristeza y en su falta de autoeficacia para resolver la situación.

Considerar la falta de cumplimiento de los objetivos propuestos debe encaminarnos a valorar si se han dado las condiciones adecuadas para su cumplimiento, o si por el contrario hay que proponer otras actividades más sencillas previamente. También es imprescindible comprobar si las actividades son congruentes con la importancia dada a cada una de las áreas marcadas en el cuestionario, o si la jerarquía de actividades se realizó correctamente.

Una vez analizadas estas posibilidades se decidirá, junto con el usuario, las variaciones y modificaciones correspondientes, marcando nuevas actividades u objetivos ideales para la siguiente semana. Es importante no olvidar que las actividades propuestas deben ser coherentes con la intervención para dejar de fumar que el usuario está realizando en ese

momento, sin olvidarnos de la abstinencia al tabaco y/o cannabis como objetivo último. Es decir, si en esta etapa se están siguiendo, por ejemplo, pautas de control estimular con respecto al tabaco y/o los porros, quizás no sea el mejor momento para proponer esa semana actividades que no faciliten esa tarea (por ejemplo, salir a tomar algo con sus amigos que son consumidores de cannabis).

Una parte esencial de la intervención, y que no debemos olvidar, es la de recompensar adecuadamente los progresos. Obviamente, el reforzador más importante del cumplimiento de las tareas es la propia mejoría del estado de ánimo experimentada por el consultante. Pero, además, conviene proveer de otros reforzadores igualmente eficaces:

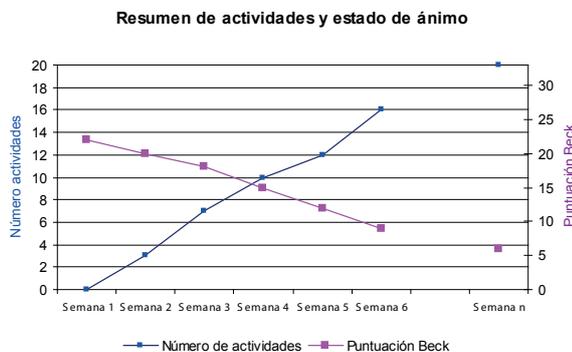
- Comentarios reforzantes del profesional (*lo estás haciendo realmente bien, aunque sé que no te resulta fácil...*)
- Autoverbalizaciones reforzantes, que deben promoverse (*valora el esfuerzo que estás haciendo, porque tal vez los demás no lo hagan...*).
- Pequeños premios autoadministrados, que pueden consistir además en realizar determinadas actividades gratificantes, como, por ejemplo, ir al cine, comprarse un libro, un disco, un pañuelo, una revista o cualquier otro objeto, salir de excursión, dar un paseo, quedar con un amigo, comerse un helado...

Para elegir oportunamente los refuerzos revisaremos junto al usuario aquellos que se manifiestan potencialmente gratificantes para la persona, anotándolos en una lista de los que se elegirán los más accesibles y sugerentes para él. Estos refuerzos deberán ser utilizados solo cuando consiga el objetivo propuesto semanalmente y no antes.

A medida que avanza el proceso, es muy importante que el consultante relacione la mejoría en el estado de ánimo con el incremento de la tasa de actividad, y no con el azar o con otro tipo de circunstancias.

Existen distintas formas de hacerle ver esta relación. La más simple es decirlo sesión a sesión, 'con los datos en la mano'. Otra posibilidad interesante es ir construyendo una gráfica en la que visualizar fácilmente cómo el incremento de la tasa de actividad se asocia a un descenso en la puntuación de la escala de depresión (cuestionario de Beck). Necesitamos para ello disponer semanalmente de dos datos: el número de actividades (que se obtiene del registro semanal) y la puntuación en el cuestionario de Beck (que se administra en cada sesión). Los datos se trasladan a una tabla, y de allí a un gráfico que representa los progre-

Semana	Número actividades	Puntuación BDI-II
Semana 1	0	22
Semana 2	3	20
Semana 3	7	18
Semana 4	10	15
Semana 5	12	12
Semana 6	16	9
Semana n	20	6



sos realizados (anexo 9). El gráfico puede trazarse manualmente semana a semana o bien

con la ayuda de alguna aplicación informática como Microsoft Excel. Ofrecemos un ejemplo de una evolución ideal en la tabla 3 y el gráfico 1.

Tabla 3 y Gráfico 1. Un ejemplo de representación de los progresos

La relación que establezcamos entre ambas curvas irá marcando el ritmo del progreso de la intervención, así como la utilidad y pertinencia de las actividades elegidas.

## 7.2.5. Sesiones de seguimiento



### 7.2.5.1. Objetivo 8. Mantener los cambios y prevenir recaídas

No es posible determinar un número preciso de sesiones de intervención, porque este dependerá de cada caso. Habitualmente oscilará entre 4 y 8 (un número superior puede ser necesario, pero en ese caso entraríamos en una intervención propia de un nivel especializado). Es importante que el contacto se desvanezca de modo progresivo, programando una o varias sesiones de seguimiento espaciadas por uno o varios meses.

El objetivo de estas sesiones es mantener los cambios y prevenir recaídas. Algunos principios y estrategias a utilizar en estas sesiones, en orden a conseguir este objetivo, son las siguientes:

- Felicite al consultante por el esfuerzo realizado.
- Revise una vez más, tal vez ya sin registro escrito, el nivel de actividad practicado durante las semanas previas a la cita. Asegúrese que se mantiene con relación al de las semanas durante las que se desarrolló la intervención. En particular, esté atento a la implicación del consultante en actividades que impliquen mayor probabilidad de continuidad temporal y por lo tanto de convertirse en hábitos (actividades de larga duración, sujetas a un horario, variadas, realizadas en compañía de otras personas, con bajos costes, que conecten con valores importantes para él o ella...).
- Haga un repaso del modelo teórico, del plan que se trazó en su día (relación entre nivel de actividad reforzante y estado de ánimo, y plan de activación conductual) y muestre los avances que se han ido produciendo semana a semana, con la ayuda del gráfico que se ha ido trazando sesión a sesión, en caso de que se haya utilizado. Pretendemos con ello que el consultante atribuya la mejoría, una vez más y de modo inequívoco, al incremento de actividades reforzantes, y no al azar o a cualquier otra circunstancia.

- A partir de lo expuesto en el punto anterior, señale que el estado de ánimo es algo que está bajo su control: ante nuevos episodios depresivos, el usuario conoce qué estrategias debe utilizar, y es competente para hacerlo.
- Adelante que pasar por episodios o incluso por temporadas de bajo estado de ánimo es normal, forma parte de la vida y no es señal ni síntoma de ningún trastorno. Asegúrele, incluso, que volverá a sentirse bajo de ánimo ('salvo que usted no sea humano'). Consecuentemente, es conveniente 'darse permiso' para sentirse triste o decaído de modo ocasional. No queremos acabar con la tristeza o el desánimo, queremos que estos estados no se prolonguen.
- Ofrezcale la posibilidad de volver más adelante si lo necesita.

## 8. Un comentario final

La mejor guía práctica es un modelo teórico claro, sencillo y contrastado. Este es el motivo por el que la estrategia de Activación Conductual, que hemos mostrado en este documento, es también clara y operativa. Conviene advertir, precisamente por esto, contra cierta percepción que pueda desprenderse de banalidad o de exceso de protocolización. A nuestro juicio, el programa es claro porque parte de un modelo conceptual nítido que sitúa el origen y el manteniendo de los problemas de conducta (como la depresión) en la transacción, radical y compleja, entre el individuo (con toda su carga biográfica) y el contexto en el que se encuentra. En todo caso, lo más coherente es seguir las propias recomendaciones contenidas en la Guía, y por lo tanto invitar al lector a poner en práctica, 'como un experimento', la estrategia propuesta.

## ANEXO 1: Algunos elementos clave de la Entrevista Motivacional aplicada a la Activación Conductual.

Conseguir la implicación y el compromiso del consultante con el proceso es una condición necesaria para que el programa de Activación Conductual sea eficaz. En orden a conseguir este objetivo (primera sesión, objetivo 2) proponemos como guía un protocolo de cuatro puntos (puede ampliarse esta información en la guía *iDispuestos a dejar de fumar! Cómo hacerlo fácil. Una guía para el consejo clínico*, y en el DVD *¿Discutir o dialogar? Entrevista motivacional. Guía para profesionales*, publicados ambos por el Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud – Ayuntamiento de Madrid):

1. Plantee la cuestión describiendo la situación tal como usted la observa
2. Pregunte
3. Valide la perspectiva del usuario
4. Ofrezca ayuda, reconociendo la libertad de decisión del consultante

Los describiremos brevemente, y ofreceremos algunos ejemplos.

### 1. Plantee la cuestión describiendo la situación tal como usted la observa

Por ejemplo:

*Me ha llamado la atención lo que has dicho en el grupo de que te sientes triste y desanimado desde que has dejado de fumar; además, veo en tu historia que las otras dos veces que has intentado dejar de fumar te ocurrió lo mismo, y de hecho me comentaste que esta 'depresión' que te entró cuando dejaste de fumar fue lo que te llevó a recaer... ¿es así?*

No se lance, pues, a etiquetar, a interpretar o a prescribir, como por ejemplo:

- *Tienes una depresión sobrevenida...*
- *Lo que te ha ocurrido es que la nicotina es un estimulante de la actividad cerebral y...*
- *Te voy a recetar...*
- *Lo que tienes que hacer es...*

No sabemos más por poner nombres. Una etiqueta es sólo una etiqueta, a menudo una ficción explicativa engañosa que pretende ahorrarnos el trabajo de indagar en los condicionantes específicos que puedan estar operando en el caso que tenemos delante.

Por otro lado, esta manera de proceder difícilmente promueve el compromiso con el cambio por parte del consultante, básicamente porque las decisiones sobre lo que ha de hacerse las toma el profesional, no el usuario, desde una posición de experto sobre lo que le ocurre a este y lo que, consecuentemente, debe hacer. Diagnosticar y prescribir sin tomar en consideración la perspectiva del usuario suele provocar a menudo un rechazo frontal por parte de este (*¡que no me quede en casa, que haga ejercicio, que me anime, que siga con las pastillas! ¡Qué fácil es decirlo!*) o, en el mejor de los casos, una conformidad con el diagnóstico y con las prescripciones completamente exenta de compromiso y, por lo tanto, sumamente frágil.

## 2. Pregunte

Nuestro objetivo es, en esta fase, promover la decisión y el compromiso. Por lo tanto, en este momento las preguntas serán abiertas y generales, dejando la indagación sobre cuestiones más específicas (entrevista de evaluación propiamente dicha) para la sesión siguiente.

Abra, pues, la entrevista, con preguntas abiertas. Estas preguntas abiertas indagan:

- Sobre lo que el consultante está experimentando: *¿Cómo describirías esos cambios en tu estado de ánimo desde que has dejado de fumar?*
- Sobre las causas a las que él o ella atribuye su malestar: *¿Por qué crees tú que te sientes así? ¿Qué sabes sobre el efecto que dejar de fumar puede provocar sobre el estado de ánimo? ¿Tienes información sobre esto?*
- Sobre la importancia que él o ella dan a su sentimiento de tristeza o pérdida, y los motivos que tiene para darle esa importancia: *¿Hasta qué punto esto te preocupa? Si tuvieras que valorar de 0 a 10 la importancia que tiene para ti esta sensación que me describes por haber dejado de fumar, ¿qué puntuación le darías? ¿Por qué 4 y no 10? ¿Por qué 9 y no 2?*
- Sobre sus opiniones sobre lo que debe hacerse o sobre lo que desea recibir del profesional: *¿Qué opinas sobre lo que hay que hacer? ¿Qué te gustaría que yo hiciera? ¿En qué te puedo ayudar?*

## 3. Valide la perspectiva del usuario

‘Validar’ significa reconocer la legitimidad de la perspectiva del otro.

Nuestro consultante acude al tratamiento con un bagaje de opiniones, creencias, expectativas, deseos, etc., referidos a la severidad, naturaleza y causas del problema, así como a lo que ‘debe’ hacerse, a lo que él desea que se haga o a su capacidad para conseguir prevenirlo o afrontarlo con éxito. Este bagaje es el resultado de múltiples y muy arraigados condicionamientos y aprendizajes (o también de su ausencia) a lo largo de su interacción biográfica con los contextos en los que se ha desarrollado su vida. Con independencia de su grado de veracidad o ajuste a la ‘realidad científicamente probada’, esta perspectiva es siempre legítima.

Validarla, comunicar esta legitimidad, es la llave para conseguir que nuestro interlocutor sea permeable y receptivo a nuestra influencia. No hay cambio consistente si no hay validación.

Algunas formas frecuentes de invalidar son, por ejemplo, no escuchar, no preguntar ni mostrar interés acerca de las opiniones y perspectivas del otro, ignorar el escepticismo, las vacilaciones, o las dificultades para el cambio, juzgar y menospreciar las opiniones del usuario, aconsejar por sistema y sin que lo pida el usuario, animar sin escuchar, decir 'lo que usted tiene que hacer' o 'lo que usted debería hacer', discutir, ir de prisa hacia el cambio y sin previa deliberación con el consultante...

Por el contrario, validamos cuando:

- **Escuchamos reflexivamente:**

*Bien, a ver si te he entendido bien: me dices que te sientes más apagado, más triste, que incluso has dejado de hacer cosas que te gustan, y te preocupa que eso te lleve a volver a fumar porque en una ocasión ya te sucedió... ¿es así?*

*Te veo ciertamente preocupado por esto, ¿verdad?*

- **Empatizamos con el otro:**

*Me dices que te sientes desanimado... puedo entender que te sientas así...*

*Sí, veo que tienes motivos para sentirte así...*

*Realmente, sólo tú sabes las dificultades que te supone dejar de fumar y cómo te afectan, aunque puedo imaginarlas...*

- **Expresamos reconocimiento por el esfuerzo que hace el consultante:**

*Tengo que felicitarte porque, a pesar de las dificultades, estás haciendo un gran esfuerzo y sé que no es fácil...*

- **Mostramos acuerdo parcial ante las objeciones e incluso argumentamos a favor de que las plantee en lugar de rechazarlas:**

*Sí, estoy de acuerdo contigo en que te ayudaría mucho si tu marido se comportara de otro modo...*

*Haces bien en plantearme todas estas dificultades porque así podemos hablar sobre ellas...*

- **Utilizamos 'mensajes yo', es decir, hablamos en primera persona, desde la propia perspectiva, en lugar de hacerlo desde una posición de autoridad profesional. Sustituimos el 'así son las cosas' por el 'así las veo yo'.**

*En mi opinión, podría ser interesante introducir algunos cambios en tu vida que creo que te ayudarían... (en lugar de usted debería...).*

*A mí me parece que esto podría mejorar si...*

## 4. Ofrezca ayuda

Ofrecer ayuda incluye los siguientes elementos:

### **Promueva expectativas de resultados y reconozca la libertad de decisión del consultante**

*En nuestro programa ha habido muchas personas que pasan por dificultades parecidas al dejar de fumar, y que han ido mejorando y siguen sin fumar. Si quieres, podría ayudarte con un pequeño plan en tres o cuatro sesiones individuales como esta.*

*A ti te corresponde decidir, sólo tú sabes lo que te conviene. Tómate tu tiempo, si quieres.*

### **Pregúntele si desea información al respecto.**

*¿Quieres que te informe sobre esto?*

**Plantee una ‘hipótesis de trabajo’ que relacione los cambios del estado de ánimo después de haber dejado de fumar con la abstinencia de la nicotina y, sobre todo, con la pérdida o disminución de actividades gratificantes o fuentes de refuerzo. Esta explicación es una versión breve y adaptada del modelo conductual de la depresión que hemos planteado en este documento. Este punto es importante porque en la medida en que el consultante comparte el modelo teórico de referencia su compromiso con el cambio será notablemente más sólido. Veamos un ejemplo:**

*Por un lado, la nicotina que contiene el tabaco, y que tú te administrabas todos los días, es una droga potente que tiene un efecto estimulante sobre tu sistema nervioso, y en particular sobre tu estado de ánimo. Digamos que te servía como regulador de tu estado de ánimo. Por eso cuando se deja de fumar suele ser habitual, como sabes, experimentar tristeza, desánimo, ansiedad, o incluso ‘depresión’.*

*Este efecto es normal, aunque es muy variable según unas personas u otras, y habitualmente es pasajero. Por eso la verdadera dificultad no está ahí. El mayor problema está en que dejar de fumar, como ya te hemos explicado en el grupo (si es el caso) supone todo un proceso de aprendizaje complejo, de cambio de unos hábitos cotidianos y sumamente arraigados en tu vida, que afectan a tu manera de divertirte, de trabajar, de relajarte, de tomar decisiones difíciles, de relacionarte, en los que el fumar te servía como una herramienta muy útil, y que ahora debes afrontar, por primera vez en tu vida, sin fumar. Piensa que tú te administrabas 300 caladas o ‘dosis’ al día, durante casi 30 años. Es casi como aprender a vivir de otro modo.*

*Pues bien, en este proceso de adaptación o aprendizaje es posible que se haya producido una disminución o un abandono de ciertas actividades o rutinas que te resultaban gratificantes, grandes o pequeñas, por estar fuertemente asociadas a fumar. Esa pérdida de actividades o gratificaciones es lo que produce eso que llamamos ‘tristeza’ o ‘falta de ganas’.*

*Fíjate que habitualmente pensamos al revés: solemos pensar que 'como estoy desanimado y no tengo ganas de hacer cosas, de salir, de trabajar, de relacionarme, etc., pues no lo hago', y yo te estoy planteando que en realidad la relación causal es la revés, o sea que 'como no cultivo mis aficiones e intereses, como no salgo, como he dejado de hacer ciertas cosas, eso hace que no tenga ganas y me sienta triste y desanimado'. ¿No te ha ocurrido nunca que has empezado en una actividad, un curso, un trabajo nuevo, una responsabilidad, de entrada sin ganas, pero que cuando has empezado a hacerla has descubierto que te gustaba y es entonces cuando te han entrado las ganas de seguir?*

*¿Cómo lo ves?*

- **Personalice al máximo los ejemplos, tal vez recordando lo ocurrido en intentos previos de dejar de fumar, y valide y responda a sus objeciones de modo breve y sin entrar en discusiones. Si manifiesta dudas o escepticismo, válidelos como legítimos y comprensibles, y proponga hacer la prueba, incluso 'hacer un experimento'.**
- **Plantee las dificultades sobrevenidas al haber dejado de fumar no sólo como un obstáculo, sino sobre todo como una oportunidad para hacer cambios saludables y gratificantes en su estilo de vida. Esta invitación a cambiar de perspectiva (convertir las dificultades en oportunidades) suele ser sumamente eficaz.**

*Este 'sentirse deprimido' cuando se deja de fumar suele ocurrir más a personas que tienen unos hábitos o un estilo de vida que podrían ser más gratificantes. Tal vez sea tu caso. Por eso yo te propondría que tratáramos de ver esta dificultad también de modo positivo, como una oportunidad, una oportunidad para introducir cambios pequeños y sencillos en tu vida que la hagan más gratificante y, de paso, te ayuden a permanecer sin fumar.*

**Sitúe expectativas realistas y proponga un plan. Ante todo, haga ver que la tarea que vamos a proponer requiere un esfuerzo inicial por su parte y que los resultados, que suelen aparecer pronto, no dependen del azar sino de la cantidad de esfuerzo invertido.**

*Si te parece, empezaríamos por hacerte algunas preguntas acerca, sobre todo, de tus actividades, tus rutinas, tus aficiones, las cosas que te gustaba hacer antes o que te gustaría hacer. Esa información la utilizaremos para ir programando actividades que a ti te gusten y que iremos incluyendo en tu vida diaria.*

*Podemos ir viéndonos durante algún tiempo, y lo que haremos básicamente serán tres cosas: revisar el cumplimiento de las tareas que hayamos acordado, ver cómo afrontar mejor las dificultades si las hubiera, y acordar tareas nuevas para la semana siguiente.*



## ANEXO 3: Modelo de entrevista sobre depresión con consumidores de tabaco o cannabis

Durante la entrevista recogeremos información sobre las variables que constituyen el modelo teórico que hemos expuesto. Lo que sigue es únicamente una guía de posibles preguntas específicas que pueden ayudar a recabar esta información, pero que debe ser utilizada con suma flexibilidad en cuanto a su formulación, orden o contenido. La situación de entrevista debe parecerse más a una conversación que a un interrogatorio.

### **Descripción de las conductas problema**

Se trata de obtener una visión general de los comportamientos que configuran el bajo estado de ánimo, y que constituyen el motivo de la intervención. Esta información se complementa con el Cuestionario de Depresión de Beck (anexo 4).

*Describa cuáles son las emociones, las ideas o los comportamientos que le resultan problemáticos (por ejemplo: alteraciones del sueño o del apetito, cansancio, falta de vitalidad, ganas de llorar, nerviosismo, tristeza, anhedonia, ideas de culpa, ideas de soledad, ideas de incompreensión, visión negativa de sí mismo, de los demás o del futuro, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, etc.).*

### **Relación entre el bajo estado de ánimo y el abandono del tabaco**

Se trata de determinar hasta qué punto los cambios emocionales son atribuibles al abandono del tabaco.

- *¿Desde cuándo diría que se siente así (deprimido, triste, desanimado, aburrido...)? ¿Coincide con las fechas en que dejó de fumar?*
- *En intentos previos de dejar de fumar, ¿se sintió del mismo modo?*
- *¿Ha coincidido el inicio de sus cambios de estado de ánimo con alguna otra circunstancia, además de dejar de fumar? ¿Cuál? (presión laboral, aumento de responsabilidades, cambio vital...)*

### **Mantenimiento de la conducta depresiva**

Se trata de conocer con cierto detalle qué actividades se han dejado de practicar o se practican menos después de haber dejado de fumar, y qué efectos han producido estos cambios en el entorno del consultante y en su estado de ánimo.

- *¿Han cambiado su estilo de vida y sus hábitos últimamente? ¿Cómo? ¿Qué actividades agradables ha dejado de hacer? ¿Y qué actividades obligatorias ha dejado de hacer? ¿Qué actividades no ha dejado de hacer pero le cuesta mucho realizar?*
- *¿Está de baja laboral? ¿Falta a menudo al trabajo?*
- *¿Qué comportamientos se han incrementado desde que se siente así? (llorar, quejarse, estar en casa, tumbarse, ver la televisión...? ¿Qué hacen los demás cuando usted se comporta así?*
- *¿En qué sentido dejar de fumar es una pérdida para usted?*
- *¿En qué medida dejar de fumar (u otra circunstancia concurrente) ha supuesto un cambio o ruptura de sus hábitos de vida? (trabajo, ocio, relaciones sociales, actividades en general...).*

### **Vulnerabilidad**

Se trata de conocer el repertorio general de actividades potencialmente reforzantes y de habilidades o recursos personales. Si existe un déficit importante en esta área puede considerarse la conveniencia de una intervención orientada a su mejora (por ejemplo, mediante entrenamiento en competencia social), conjuntamente con el tratamiento de activación conductual.

- *Antes de sentirse deprimido, ¿qué actividades realizaba un día laborable cualquiera? ¿Y un día festivo?*
- *¿Cuáles eran sus gustos y aficiones? ¿Considera que su vida está suficientemente llena de satisfacciones?*
- *¿Cómo se describiría a sí mismo? ¿Qué palabras utilizaría?*
- *¿Cómo es su vida social? ¿Considera que tiene suficientes amigos? ¿Tiene facilidad para relacionarse con los demás? ¿En qué situaciones, con qué personas...? ¿En qué situaciones sociales se siente incómodo?*
- *¿Cómo diría que afronta usted los problemas cuando surgen? ¿Cómo toma las decisiones? ¿Diría que depende en exceso de la opinión de los demás? ¿Tiende a posponer las decisiones?*

## ANEXO 4: Cuestionario de Depresión breve de Beck (BDI-II Breve)

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario contiene 11 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

### 3. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

### 4. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

### 5. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

**6. Pérdida de interés**

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

**7. Indecisión**

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**8. Inutilidad**

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

**9. Pérdida de energía**

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

**10. Cambios en el patrón de sueño**

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

**11. Cambios en el apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

PUNTUACIONES DIRECTAS	NIVELES
0 a 7	Mínimo
8 a 10	Leve
11 a 15	Moderado
16 a 33	Severo

**La puntuación total se obtiene sumando de modo directo el valor numérico de cada uno de los ítems señalados por el consultante.**

## ANEXO 5: Cuestionario de vida significativa (Wilson et al).

Con este cuestionario pretendemos identificar qué cosas son importantes para usted, y por lo tanto qué le gustaría mejorar. Las agrupamos en 10 áreas. Por favor, reflexione y responda brevemente a cada pregunta.

---

**Relaciones familiares.**

*¿Qué tipo de persona le gustaría ser? ¿Qué cualidades considera importante en su relación con sus hijos, o pareja, o amigos?*

---

**Relaciones sociales.**

*¿Qué áreas podría mejorar de la relación con sus amigos?*

---

**Relaciones íntimas.**

*¿Qué papel le gustaría tener en una relación íntima?  
¿En el momento actual mantiene o le gustaría mantener una relación?*

---

**Educación, formación.**

*¿Se ha planteado seguir algún curso?  
¿Sobre qué temas le gustaría aprender más?*

---

**Empleo, profesión:**

*¿Qué tipo de trabajo le gustaría hacer? ¿Qué tipo de trabajador le gustaría ser?*

---

---

**Aficiones, ocio.** *¿Tiene algún interés especial por algo? ¿Qué actividad nueva le apetecería hacer?*

---

**Voluntariado, actividades políticas.** *¿Qué tipo de contribución le gustaría hacer a su comunidad?*

---

**Salud.** *¿Le gustaría mejorar su alimentación, la actividad física, el sueño?*

---

**Espiritualidad.:**  
*¿Significa algo esta área para usted? ¿Está satisfecho con estos aspectos de su vida?*

---

**Aspectos psicológicos, emocionales.** *¿Qué objetivos tiene en esta intervención? ¿Qué aspectos le gustaría mejorar?*

---

## ANEXO 6: Listado de Actividades (adaptado de Lejuez et al.)

A continuación le presentamos un listado de actividades, agrupadas por áreas, que suelen ser gratificantes para muchas personas. Pretendemos que sirvan como recordatorio para ayudarle en la tarea de identificar aquellas que usted disfruta, ha disfrutado o le gustaría probar.

### EXCURSIONES / COMUNIDAD

- Ir de viaje o de vacaciones
- Ir a una feria, carnaval, circo, zoo o parque de atracciones...
- Ir a la playa
- Salir a cenar
- Hacer un viaje por carretera
- Volar en avión
- Alojarme en un hotel
- Ir de camping
- Ir a un museo o exposición
- Ir de compras, ir a mercadillos
- Ir a una biblioteca o a una tienda de libros
- Salir de excursión al campo
- Otras:

### ACTIVIDADES SOCIALES

- Ir a fiestas o dar fiestas
- Dar y recibir muestras de afecto físico
- Hablar de los viejos tiempos
- Actividades en grupo
- Conversar de modo franco y abierto
- Estar con los amigos
- Charlar sobre un tema de interés (deporte, política, moda, noticias...)
- Visitar o recibir visitas de familiares
- Conocer a gente nueva
- Comer fuera con amigos o compañeros
- Visitar o recibir visitas de amigos
- Chatear por Internet o participar en redes sociales
- Otras:

### OCIO

- Ver la televisión o escuchar la radio
- Jugar al bingo, a la lotería o a otros juegos
- Ir al cine
- Ir a un concierto
- Ir a teatro o actuaciones musicales
- Ir a un espectáculo deportivo
- Navegar por Internet
- Otras:

### DEPORTES Y JUEGOS

- Nadar, bucear
- Montar en bicicleta o patinar
- Cazar
- Correr, caminar, practicar senderismo
- Jugar a tenis, padel, tenis de mesa, squash
- Jugar a golf
- Pescar
- Practicar avistamiento de aves
- Jugar a cartas o juegos de mesa
- Hacer puzzles, crucigramas y similares
- Practicar montañismo o escalada
- Navegar o practicar piragüismo.
- Jugar a juegos de ordenador o videoconsolas
- Otras:

### FORMACIÓN

- Aprender algo nuevo (idioma, instrumento musical, informática, etc.)
- Aprender algo artístico (pintura, cerámica, costura, etc.).
- Leer (literatura, ensayo, aficiones...)
- Leer el periódico o revistas
- Escribir cuentos, novelas, poesías, ensayos, reportajes...
- Ir a una conferencia o escuchar un debate o exposición interesante
- Otras:

### ACTIVIDADES DOMÉSTICAS

Limpiar la casa  
 Hacer repostería  
 Cocinar  
 Trabajar en el jardín o hacer bricolaje en casa  
 Lavar el coche  
 Coser  
 Comprar flores o plantas  
 Reformar o redecorar una habitación  
 Otras:

### AFICIONES

Tocar un instrumento musical  
 Cantar  
 Bailar  
 Arte o artesanía (dibujar, pintar, esculpir, hacer cerámica)  
 Costura, ganchillo, etc.  
 Restaurar antigüedades o muebles  
 Fotografía, video  
 Carpintería, trabajos con madera  
 Coleccionismo  
 Otras:

### SALUD Y ESTÉTICA

Comprar ropa, zapatos, complementos...  
 Maquillarse  
 Ir a la peluquería  
 Hacerse una manicura o pedicura  
 Recibir un masaje  
 Ponerse perfume o colonia  
 Arreglarse para salir  
 Mejorar la propia salud (cuidar los dientes, ponerse gafas nuevas, comer más sano, practicar más ejercicio...)  
 Ir a un centro de estética  
 Otras:

### PEQUEÑOS PLACERES

Estar ocioso  
 Jugar con una mascota  
 Meditar o practicar yoga  
 Tomar un baño de espuma  
 Estar solo  
 Escribir en un diario o poner fotos en un album  
 No madrugar  
 Suscribirse a alguna revista  
 Respirar aire puro  
 Escuchar música

Tomar el sol  
 Escuchar los sonidos de la naturaleza  
 Oír o contar chistes  
 Ir a un spa  
 Fantasear, soñar despierto  
 Leer el periódico  
 Caminar descalzo por la arena o el césped  
 Estar sentado alrededor de un fuego  
 Quedarse levantado hasta tarde  
 Otras:

### SABORES

Chocolate  
 Golosinas  
 Helados  
 Postres  
 Bebidas  
 Comidas favoritas  
 Otras:

### ACTIVIDADES ALTRUISTAS

Voluntariado  
 Hacer favores o ayudar a otros  
 Hacer contribuciones a ONGs, grupos religiosos u otros  
 Hacer regalos  
 Aconsejar a otros  
 Participar en actividades sociales, políticas, sindicales...  
 Otras:

### ACTIVIDADES RELIGIOSAS

Ir a la iglesia o a un lugar de culto  
 Ir a una boda, bautizo u otra actividad religiosa  
 Reunirse con un grupo de oración  
 Rezar  
 Otras:

## ANEXO 7: Algunas metáforas útiles en la explicación del modelo teórico

### Metáfora del Amante

El Dr. Cormillo T comentaba: *‘Muchas personas tienen un amante, y otras quisieran tenerlo. También están las que no lo tienen, y las que lo tenían y lo perdieron. Generalmente, las dos últimas son las que vienen a mi consultorio para decirme que están tristes o que tienen distintos síntomas como insomnio, falta de voluntad, pesimismo, crisis de llanto o los más diversos dolores. Me cuentan que sus vidas transcurren de manera monótona y sin expectativas, que trabajan nada más que para subsistir y que no saben en qué ocupar su tiempo libre. En fin, palabras más, palabras menos, están verdaderamente desesperanzadas.*

*Antes de contarme esto ya habían visitado otros consultorios en los que recibieron un diagnóstico seguro: ‘Depresión’, y la infaltable receta del antidepresivo de moda. Si yo he llegado a conocer a éstas personas es porque no mejoraron y vinieron a verme buscando soluciones a su rosario de dolencias. Después de escucharlas atentamente, les digo que no necesitan un antidepresivo; que lo que realmente necesitan, es un amante. Es increíble ver la expresión de sus ojos cuando reciben mi veredicto. Están las que piensan: ‘¿Cómo es posible que un profesional se despache alegremente con una sugerencia tan poco científica!’ Y también están las que se despiden escandalizadas y no vuelven nunca más.*

*A las que deciden quedarse y no salen espantadas por el consejo, les doy la siguiente definición: ‘Amante es lo que nos apasiona. Lo que ocupa nuestro pensamiento antes de quedarnos dormidos, y es también quien a veces, no nos deja dormir. Nuestro amante es lo que nos vuelve distraídos frente al entorno. Lo que nos deja saber que la vida tiene motivación y sentido.*

*A veces, a nuestro amante lo encontramos en nuestra pareja, en otros casos solemos hallarlo en la investigación científica, en la literatura, en la música, en la política, en el deporte, en el trabajo cuando es vocacional, en la necesidad de trascender espiritualmente, en la amistad, en la buena mesa, en el estudio, o en el obsesivo placer de un hobby... En fin, es ‘alguien’ o ‘algo’ que nos pone de ‘novio con la vida’ y nos aparta del triste destino de durar.*

*¿Y qué es durar? Durar es tener miedo de vivir. Es dedicarse a espiar cómo viven los demás, es tomarse la tensión constantemente, deambular por consultorios médicos, tomar pastillas multicolores, alejarse de las gratificaciones, observar con decepción cada nueva arruga que nos devuelve el espejo, cuidarnos del frío, del calor, de la humedad, del sol y de la lluvia. Durar es postergar la posibilidad de disfrutar hoy, esgrimiendo el incierto y frágil razonamiento de que quizás podamos hacerlo mañana. Termino este relato con una sugerencia, en realidad, es una súplica: ‘Por favor, no se empeñen en durar, búsquense un amante, sean ustedes también un amante y un protagonista .... de la vida’. Piensen que lo trágico no es morir, al fin y al cabo la muerte tiene buena memoria y nunca se olvidó de nadie. Lo trágico, es no animarse a vivir; mientras tanto y sin dudar, búsquense un amante...’*

### Preguntas y enseñanzas para meditar

- Buscarse 'un amante' en la vida es una manera para que nuestra vida adquiera mayor sentido. Estar rodeados de amantes es una manera de enchufarse a la vida y cuando lo logramos, la tristeza y la pena resultarán pasajeras. También es una manera de hacer amigos, y los amigos son un paraguas excelente frente al estrés.
- Buscarse un amante metafórico no es fácil, no requiere permanecer en casa y deliberar una y otra vez hasta encontrar el amante perfecto. ¡No existe! Requiere, y es mucho, experimentar y pasar a la acción.

**Pero ¿por qué no comenzar por el amante que tenemos más cerca?: nosotros mismos. A un buen amante se le agasaja, se le estima, se habla bien de él y se le dan muestras de cariño. ¿Puedo comentar hacer esto conmigo?**

### Metáfora del elefante encadenado

*'Cuando yo era chico me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los elefantes. Durante la función, la enorme bestia hacía despliegue de peso, tamaño y fuerza descomunal... pero después de su actuación y hasta un rato antes de volver al escenario, el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas a una pequeña estaca clavada en el suelo. La estaca era solo un minúsculo pedazo de madera, apenas enterrado unos centímetros en la tierra. me parecía obvio, que ese animal capaz de arrancar un árbol de cuajo podría, con facilidad, tirar de la estaca y huir. ¿Qué lo mantenía entonces atado? ¿Por qué no huía? Pregunté por el misterio de elefante y me explicaron: 'el elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.' Me imaginé al pequeño recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y a pesar de todo su esfuerzo, no pudo. La estaca era ciertamente muy fuerte para él. Juraría que se durmió agotado y que al día siguiente volvió a probar, y también al otro y al que le seguía... Hasta que un día, un terrible día para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Este elefante enorme y poderoso, que vemos en el circo, no escapa porque cree -pobre- que no puede. Y lo peor: Jamás... jamás... intentó poner a prueba su fuerza otra vez.'*

### Preguntas y enseñanzas para meditar

- Vivimos creyendo que un montón de cosas 'no podemos' simplemente porque alguna vez, o muchas veces, antes, no pudimos. Hicimos, entonces, lo del elefante, grabamos en nuestro recuerdo: 'no puedo... no puedo y nunca podré.' Pero, ¿hasta qué punto son imborrables estas huellas?

### Criterios para la acción

La única manera de saberlo es pasando a la acción y experimentar de nuevo. Comprobaremos que pueden borrarse con nuevas experiencias. Es también la forma más determinante de conectarse con la vida

## Metáfora del león

*En una ocasión, un león se aproximó hasta un lago de aguas espejadas y cristalinas para calmar su sed, al acercarse a las mismas, vio su rostro reflejado en ellas y pensó: '¡Vaya, este lago debe ser de este león. Tengo que tener mucho cuidado con él!'. Atemorizado se retiró de las aguas, pero tenía tanta sed que regresó a las mismas. Allí estaba otra vez 'el león'. ¿Qué hacer? La sed lo devoraba y no había otro lago cercano. Retrocedió, volvió a intentarlo y al ver al 'león', abrió las fauces amenazadoras, pero al comprobar que el otro 'león' hacía lo mismo, sintió terror. Salió corriendo, pero ¡era tanta la sed!. Varias veces lo intentó de nuevo, y siempre huía espantado. Pero como la sed era cada vez más intensa, tomó finalmente la decisión de beber el agua del lago sucediera lo que sucediera. Así lo hizo. Y al meter la cabeza en las aguas ¡el león desapareció!'*

### Preguntas y enseñanzas para meditar

- ¿Qué hubiera pasado si el león no se hubiera atrevido a meter la cabeza en las aguas del lago?, ¿qué es lo que facilitó que el miedo desapareciera?, ¿por qué el león tomó la decisión de experimentar y meter su cabeza en las aguas?
- Si el león no hubiera tomado esta decisión seguiría con su miedo e incluso se hubiera acrecentado y le hubiera creado un grave problema: hubiera muerto de sed. Lo que hizo que el miedo desapareciera fue exponerse a aquello que temía y lo hizo porque beber era importante para él. Cuando nos exponemos descubrimos a menudo 'que no era para tanto'.
- De la misma manera, hay personas que deciden afrontar su miedo y se exponen a lo que temen precisamente porque les importa, De esta manera terminan por superarlo. Son personas también que aceptan tener otros miedos pero que superarlos no es importante para ellos porque no les condiciona para vivir mejor. Así por ejemplo, hay personas que se plantean superar su inhibición o temor a relacionarse con otras personas porque saben que esto es importante para su bienestar, en cambio no se plantean superar el miedo que les producen las serpientes o trepar a un andamio, porque todo esto no afecta a su vida cotidiana. Muy diferente sería si alguna de estas personas hubiera de trabajar en un parque zoológico o en la construcción.
- La pregunta, pues, es ¿qué situación o situaciones que temo y que evito habitualmente resultan para mí importantes de superar?

## ANEXO 8: Listado de actividades individualizado

Actividad	Grado de dificultad (1-5)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

## ANEXO 9: Resumen de los progresos realizados

Anote en la tabla, en cada sesión, el número de actividades planificadas que han sido efectivamente realizadas durante la semana, y la puntuación obtenida en el cuestionario de depresión de Beck (BDI-II Breve). Traslade estos datos al gráfico. Puede hacerlo manualmente en esta hoja, o utilizar una hoja de cálculo como Microsoft Excel.

Semana	Número actividades	Puntuación BDI-II
Semana 1		
Semana 2		
Semana 3		
Semana 4		
Semana 5		
Semana 6		
Semana n		

**Resumen de actividades y estado de ánimo**



# évíct



evidencia

<http://evictproject.org/>



Financiado por:

